



379978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889682	7-Data Validade da Serha 20/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531808000000101	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 PAULA PEREIRA RAPHAEL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/09/20		Ana Paula
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/09/20		Jheniffer
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/09/20		Jheniffer
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/09/20		Jheniffer
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/09/20		Jheniffer
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		
/ /	28/09/20 Jheniffer Martins	28/09/20 Ana Paula Raphael	28/09/20		



372010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 10/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7855702	7-Data Validade da Senha 08/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800000601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA			14-Telefone 08/05/1978 () -	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcômbio e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CME S
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alômbio 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Imagens analisadas.		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20	53-Data, local e Cemitio da Empresa 29/10/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 CNES 6808999	



381011
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894254	7-Data Validade da Senha 21/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524961200005011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA LETICIA VIEIRA DIAS		14-Telefone 20/03/2000	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance do RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 82001286-28 (II) 82001286-38 (III) 82001294-18	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	30/09/20		Anabela
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	30/09/20		Anabela
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	30/09/20		Anabela
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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20 Anabela	53-Data, local e Caimento da Empresa 30/09/20
---------------	--	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
RO/PR 1205 - CNES 6808999



375485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871655	7-Data Validade da Guia 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA LETICIA VIEIRA DIAS		14-Telefone 20/03/2000	15-Nome do Rótulo do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	21/09/20		Ana Dias
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	22/09/20		Ana Dias
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	21/09/20		Ana Dias
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	22/09/20		Ana Dias
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	21/09/20		Ana Dias
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	21/09/20		Ana Dias
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 447,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Imagens analisadas.	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20 Ana Dias
--------------------------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20 Ana Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/20
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 3808900



358710
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795783	7-Data Validade da Senha 16/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531100800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AOLANI DA SILVA CAMBIASO		14-Telefone () 9932-2243	15-Nome do titular do plano TATIANE CRISTINA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	S	18/09/20			<i>Aolani</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	S	18/09/20			<i>Aolani</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/20 <i>Aolani da Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/20
--	--	--	---

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



361016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7806374	7-Data Validade da Senha 19/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531208900000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR DIAS MAZARON		14-Telefone 15/02/2012	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (f) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctd	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	64	OD	1	88,00	0,00		S	09/09/20		
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 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

Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20



354654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 18/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777483	7-Data Validade da Senha 09/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531208900000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR DIAS MAZARON		14-Telefone 15/02/2012	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	27/08/20		
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	27/08/20		
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	27/08/20		
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	27/08/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,00	0,00		S	27/08/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00		S	28/08/20		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00		S	28/08/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00		S	09/09/20		
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 548,00	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 Imagens analisadas	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
-------------------------------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/08/20
--	---	---	---

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



368490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841723	7-Data Validade da Senha 01/11/2019
8-Número da Carteira 00202524961200005011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA LETICIA VIEIRA DIAS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/09/20		Ana Letícia V. Dias
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/09/20		Ana Letícia V. Dias
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/09/20		Ana Letícia V. Dias
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/09/20		Ana Letícia V. Dias
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/09/20		Ana Letícia V. Dias
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20 Ana Letícia V. Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante			CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	



366943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834944	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800042601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA MUZI		14-Telefone 22/02/2000	15-Nome do titular do plano ANA PAULA MUZI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/09/20		Ana Paula
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/09/20		Ana Paula
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/09/20		Ana Paula
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/09/20		Ana Paula
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/09/20		Ana Paula
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA
---------------	--	----------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/09/20 Ana Paula Muzi	53-Data, local e Cessão da Empresa 02/09/20
---	---	--	--

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



363861
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7820916	7-Data Validade da Sentença 23/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530766700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA		14-Telefone 03/05/1999	15-Nome do Titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO B	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Clama	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00		S	14/09/20		Bruno
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20 Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/20 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	---	---	--



380654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892789	7-Data Validade da Senha 21/12/20
8-Data do Benefício		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CECILIA DE OLIVEIRA DA APARECIDA		14-Telefone 01/08/1949	15-Nome do titular do plano CECILIA DE OLIVEIRA DA APARECIDA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/24/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
178,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	24/09/20 Jheniffer Martins	24/09/20	24/09/20

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



369306
INTERCÂMBIO

1-Registro AMB 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847819	7-Data Validade da Senha 02/12/20
8-Número da Carteira 00202528270800047401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA GRANDO DA ROCHA		14-Telefone 19/08/1987	15-Nome do titular do plano CAMILA GRANDO DA ROCHA		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		26-Número no CRO 29859		27-UF PR	28-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	26	O	1	61,00	0,00		S	23/09/20		<i>Camila</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.728.806/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 <i>Camila</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/20		



385125
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/2009/20	4-Data de Autorização 2/9/2009/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913882	7-Data Validade da Senha 2/7/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800031601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CINTIA BEATRIZ DE ANDRADE	14-Data de Nascimento 03/04/1997	15-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano CINTIA BEATRIZ DE ANDRADE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	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	30/09/20		Cintia
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/09/20		Cintia
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/09/20		Cintia
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/09/20		Cintia
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/09/20		Cintia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/09/20 Cintia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/20		



377077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879120	7-Data Validade da Senha 16/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202528270800053201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade do Cartão / /
13-Nome CLEUSA SARTORI DA SILVA		14-Telefone 18/05/1986	15-Nome do titular do plano CLEUSA SARTORI DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CRO 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	24/09/20		<i>Cleusa Sartori</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		<i>Cleusa Sartori</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		<i>Cleusa Sartori</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		<i>Cleusa Sartori</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/20		<i>Cleusa Sartori</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	<i>Dra. Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808995
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 <i>Cleusa Sartori</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/20
--	--	---	---



367136
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7835995	7-Data Validade da Senha 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528270800006001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDINEIA SOARES DIAS			14-Data 23/06/1985	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA SOARES DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número na CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número na CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/09/20		Claudineia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/20		Claudineia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		Claudineia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		Claudineia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/20		Claudineia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20 Claudineia	53-Data, local e Cópia da Empresa 15/09/20
--	---	--	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR-1206 - CNES 6808999



375413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871327	7-Data Validade da Senha 14/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531157300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAUA BOZZ DE OLIVEIRA		14-Telefone 02/01/2010	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	16/09/20		Bozz
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dr. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
---------------	---	--------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Bozz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20
--	---	--	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



366813
INTERCÂMBIO

1-Registro AFS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834367	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531157300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAUA BOZZ DE OLIVEIRA		14-Telefone 02/01/2010	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00		S	16/09/20		e Roxo
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	16/09/20		e Roxo
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	16/09/20		e Roxo
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	16/09/20		e Roxo
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 220,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6308999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Roxo Lomb.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20



379983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889684	7-Data Validade da Senha 20/12/20
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202531808000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome DANILO CORREIA DA SILVA		14-Telefone 18/03/1993		15-Nome do titular do plano ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/09/20		DANILO
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/09/20		DANILO
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/09/20		DANILO
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/09/20		DANILO
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/09/20		DANILO
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20 Danilo	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/09/20
--	---	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1216 - CNES 6808999



372903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859738	7-Data Validade da Senha 09/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529843800001703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVID PATRICK POMBAL		14-Telefone 28/02/1983	15-Nome do titular do plano FABIANA ARFELLI MARTINI		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Reservado
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
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-Otodonta 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/09/20
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999		



364776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824653	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531056100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO FRANCESCONI		14-Telefone 08/03/1990	15-Nome do titular do plano DIEGO FRANCESCONI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5	

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	17	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		<i>andrey</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 <i>andrey</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20
--	--	---	---

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791708	7-Data Validade da Senha 15/11/20	357796 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020252886800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI ROCHA		14-Telefone 21/09/2003	15-Nome do Titular do plano ELISABETE DE MOURA ROCHA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001286-48 (I) 82001286-38
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5	

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	10/09/20		Jheniffer Martins
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	10/09/20		Jheniffer Martins
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 722,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20 Davi Rocha	54-Data, local e Assinatura do Profissional 10/09/20 Jheniffer Martins
---------------	---	--	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996



364780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/81/20	4-Data de Autorização 27/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824690	7-Data Validade da Senha 24/11/12/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 00202531056100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO FRANCESCONI		14-Telefone 08/03/1990	15-Nome do titular do plano DIEGO FRANCESCONI		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-38
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	02/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	02/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
3-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	18,60	0,00		S	02/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
---------------	---	--	--------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20 Diego Francesconi	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808994



350748
INTERCÂMBIO

1-Registro AHO 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7759151	7-Data Validade da Senha 02/11/20
8-Número da Carteira 00202530807400000104					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome DENISE CRISLAINE GREGORIO			
14-Telefone () -		15-Data de Validade da Carteira 19/03/1992			
16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JHENIFER DA SILVA MARTINS					
17-Número no CRO 29859		18-UF PR		19-Código CBO S	
20-Código CBO S		21-UF PR		22-Código CNES	
23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Número no CRO 29859		27-UF PR		28-Código CBO S	
29-Data de Validade da Carteira					

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	14/09/20		e Denise
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	14/09/20		e Denise
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	14/09/20		e Denise
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	14/09/20		e Denise
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20 Denise Gregorio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/20
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



377178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879613	7-Data Validade da Senha 16/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529719300002303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ENZO MAGON DA SILVA			14-Telefone 13/06/2007	15-Nome do Titular do plano MARCELO JOSE DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabeta	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	29/09/20		
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/09/20
--	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



22

377128
INTERCÂMBIO

1-Registro INSS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879396	7-Data Validade da Senha 16/12/2012
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

1 - Nome EDERSON HENRIQUE GUILHERME CARNEIRO		2 - Data de Nascimento 01/02/1991		3 - Plano POS REDE PRESTADORA		4 - Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		5 - Data Validade do Cartão _/_/__/_/_/___		6 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
---	--	--------------------------------------	--	----------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	--	--	--

Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 -	
16-Apostilamento e RM N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS			18-Número na CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO 5		Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			23-Número na CRO 29859		24-UF PR		Enviar - RX
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS					26-Número na CRO 29859		27-UF PR		28-Código CBO 5		01 85100200

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade USD _____8800	47-Valor Total R\$ _____000	48-Valor 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.

43 - Classificação da imagem analisada: **Dra. Jheniffer Martins**
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29.859
 44 - Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante: **24/07/2020 Jheniffer Martins**
 45 - Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: **24/07/2020 Gledson**
 46 - Data, local e Carimbo da Empresa: **24/07/2020**

CLÍNICA
SC
CNPJ
CRO/PR

INTÉLGICA
SP LTDA.
10001-50
6808900



371958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012 4-Data de Autorização 09/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7855513 7-Data Validade de Senha 08/11/2012

8-Número da Carteira 00202531711000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EVERSON AKIRA DA PAZ INOUE 14-Telefone 15/10/1979 15-Nome do titular do plano JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS

16-Atendimento a FN N 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO 5

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/09/20		<i>[Assinatura]</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/09/20		<i>[Assinatura]</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/09/20		<i>[Assinatura]</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/09/20		<i>[Assinatura]</i>
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-Orientação 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, abei 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(m) realizado(s) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: **Dra. Jheniffer Martins**
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



372900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 10/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859723	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202529843800001701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANA ARFELLI MARTINI		14-Telefone 10/09/1982	15-Nome do titular do plano FABIANA ARFELLI MARTINI		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		Fabiana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Fabiana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Fabiana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Fabiana
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Fabiana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Fabiana A. Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/20	



379950
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889547	7-Data Validade de Senha 20/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528348900000403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GISELE ELIANE DE OLIVEIRA RICARDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO
--	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Envio - RX (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CRO 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	47	O	1	61,00	0,00		S	29/09/20		RICARDO
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	29/09/20		RICARDO
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	29/09/20		RICARDO
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 210,00	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	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20 RICARDO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868462	7-Data Validade da Senha 13/12/20	374830 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELE ELIANE DE OLIVEIRA RICARDO 07/11/1973		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Casa de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/09/20		FEITO
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/09/20		FEITO
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/09/20		FEITO
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/09/20		FEITO
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/09/20		FEITO
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA
---------------	---	--	----------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 RICARDO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20 SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--



374848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868642	7-Data Validade da Serha 13/12/20
8-Data do Beneficiário					
9-Número de Carteira 00202531157300000103	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome GABRIELLE BRAGA DA ROSA		15-Data de Nascimento 06/12/2001	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ	

18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	20-Número no CRO 29859	21-UF PR	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	24-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	25-Número no CRO 29859	26-UF PR	27-Código CNES
28-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		29-Número no CRO 29859	30-UF PR	31-Código CBO S

32-Tabeta	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aux	42-Data de Realização	43-Motivo da Glosa	44-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/09/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/09/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data Previsto Término do Tratamento / /	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 244,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Gabrielle Braga	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/09/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	---	--	---



OK

368497
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841739	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529117700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GEAN PAULINO DA SILVA		14-Telefone 30/03/1991 () - - - - -	15-Nome do titular do plano GEAN PAULINO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2012 Gean Paulino	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2012



358426
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/2019	4-Data de Autorização 19/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794439	7-Data validade da Senha 15/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025308102000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELLE BRILL DO CARMO	14-Telefone 17/07/2004	15-Nome do titular do plano TATIANE FERREIRA BRILL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 3	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Clonagem
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S	02/09/20	02/09/20	Tatiane
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S	02/09/20	02/09/20	Tatiane
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S	02/09/20	02/09/20	Tatiane
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S	02/09/20	02/09/20	Tatiane
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00	S	02/09/20	02/09/20	Tatiane
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Tatiane	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20 Tatiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20
---------------	--	---	---	---

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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



367291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2008	4-Data de Autorização 01/09/2008	5-Serbie AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7836650	7-Data Validade de Serbie 29/11/2008
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530810200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLE BRILL DO CARMO		14-Telefone 24/05/2008 () -	15-Nome do titular do plano TATIANE FERREIRA BRILL		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	28/09/20		Tatiane
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	28/09/20		Tatiane
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	28/09/20		Tatiane
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 147,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	---	--	---------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2008 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2008 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2008 Tatiane	53-Data, local e Cartão de Empresa 28/09/2008
---	---	---	--

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



375746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872678	7-Data Validade da Senha 14/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531045900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLA RICHETTI EGAL		14-Telefone 21/01/2002 () -	15-Nome do titular do plano ISABELLA RICHETTI EGAL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001285-18 (J) 82001285-28
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	25/09/20		Isabella
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	25/09/20		Isabella
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 722,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Isabella R.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



372925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859872	7-Data Validade da Senha 09/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531045900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLA RICHETTI EGAL		14-Telefone 21/01/2002 () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ISABELLA RICHETTI EGAL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001294-38
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5	

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	38		1	186,00	0,00		S	25/09/20		Isabella
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	25/09/20		Isabella
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-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 259,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Isabella R.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Jheniffer Martins				

INTERCÂMBIO ODONTOLÓGICO
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995



367313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836693	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530810200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLE BRILL DO CARMO		14-Telefone 24/05/2008 () -	15-Nome do titular do plano TATIANE FERREIRA BRILL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendente a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número na CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número na CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

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

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 <i>Jhenifer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20 <i>Satiane</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089993
---------------	--	---	--	---



361544
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808746	7-Data Validade da Senha 19/11/20
8-Número da Carteira 00202531045900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELLA RICHETTI EGAL		14-Telefone 21/01/2002	15-Nome do Titular do plano ISABELLA RICHETTI EGAL		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	09/09/20		Isabella
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	09/09/20		Isabella
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	09/09/20		Isabella
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Jheniffer Martins CRO-PR 29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20 Isabella R.		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--



367312
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2008	4-Data de Autorização 01/10/2009	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836681	7-Data Validade da Senha 29/11/2009
8-Data do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530810200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLE BRILL DO CARMO		14-Telefone 24/05/2008 () -	15-Nome do titular do plano TATIANE FERREIRA BRILL		

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS						18-Número na CRO 29859		19-UF PR		20-Código CRO II 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986						22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						23-Número na CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número na CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	02/09/09		Tatiane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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 02/09/09 Jheniffer Martins		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/09 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/09 Tatiane		53-Data, local e Caimbo da Empresa 02/09/09	
		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859						CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 15/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863828	7-Data Validade da Guia 10/12/2011	373775 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 002025317110000000101 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira: / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:						
13-Nome: JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS			14-Telefone: () - / -		15-Nome do titular do plano: JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alcance a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO: 29859 19-UF: PR 20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 09831353986 22-Nome do Contratado Executante: JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO: 29859 24-UF: PR 25-Código CNES: Enviar - RX (1) 05100200 26-Nome do Profissional Executante: JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO: 29859 28-UF: PR 29-Código CBO S:						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Omissão	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00		S	11/09/2011		Jheniffer Martins
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	11/09/2011		Jheniffer Martins
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00		S	11/09/2011		Jheniffer Martins
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	11/09/2011		Jheniffer Martins
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Alinhamento: 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\$: 0,00
---	---	--	--------------------------------	--------------------------	---

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

49-Observação:	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/09/2011 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/09/2011 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/09/2011 Jheniffer Martins	53-Data, local e Carteira da Empresa: 11/09/2011 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 680890



353797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773171	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 00202528270800028301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER DA SILVA FERREIRA		14-Telefone 03/05/1991	15-Nome do titular do plano JENNIFER DA SILVA FERREIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	35	D	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Jheniffer
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	17/09/20		Jheniffer
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	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

Jheniffer Martins
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20 Jheniffer Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/09/20
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845932	7-Data Validade da Senha 02/12/20	369367 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531791200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO B	

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			16/09/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/09/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/09/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/09/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Juliany de Fatima Zilli Rizzato	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680899c
---------------	--	---	---	--



324251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 15/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633006	7-Data Validade da Senha 13/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202507517100012401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,100	0,00		S	22/06/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8,800	0,00		S	10/09/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	8,800	0,00		S	10/09/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	6,100	0,00		S	29/07/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6,100	0,00		S	29/07/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,100	0,00		S	12/08/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4,200,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Jheniffer Martins CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/09/20
---------------	--	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999



370123
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848996	7-Data Validade da Senha 03/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530392800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSUE EDSON RODRIGUES		14-Telefone 27/12/1974	15-Nome do titular do plano MARIZANA DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

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 Omissão	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00			09/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDente 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6308999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845928	7-Data Validade da Senha 02/12/20	369362 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531711000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

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

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

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/09/20		Jheniffer Martins
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Jheniffer Martins
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Jheniffer Martins
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Jheniffer Martins
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Jheniffer Martins
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 Jheniffer Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20
--	---	---	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Gênero AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882401	7-Data Validade da Sessão 16/12/20	377764 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800028301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER DA SILVA FERREIRA		14-Telefone 03/05/1991	15-Nome do titular do plano JENNIFER DA SILVA FERREIRA		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6,100	0,00		S	23/09/20		Jennifer
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonte 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6,100	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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/09/20 Jheniffer da Silva Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999
---	---	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7829122	7-Data Validade da Senha 26/11/20	365711 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529843800002402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JUAN KRUGER DA SILVA	14-Data de Nascimento 25/04/2002	14-Telefone () 3025-6765	15-Nome do titular do plano GIOVANE DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

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-Cosa de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/09/20		Juan
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/09/20		Juan
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/09/20		Juan
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/09/20		Juan
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/09/20		Juan
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20 Juan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20
--	---	--	---



de

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876736	7-Data Validade da Senha 15/12/20	376603 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202531950400000101	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 PEDRO PAZ		14-Telefone 14/05/1998	15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO PAZ			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cornte/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/09/20		2000
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/09/20		2000
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/09/20		2000
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/09/20		2000
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/09/20		2000
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/20 Joao Pedro Paz	53-Data, local e Caimbo da Empresa 18/09/20
CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999							



355960
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7783536	7-Data Validade da Senha 10/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507517100012401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA		14-Telefone 20/07/1991	15-Nome do titular do plano JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	03/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	02/09/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	02/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 02/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20
---------------	---	---	---	---

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



367123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7835936	7-Data Validade da Serina 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528270800031701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIELE DALSOGLIO COUTO	14-Telefone 19/08/1989	15-Nome do titular do plano KATIELE DALSOGLIO COUTO		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
---------------	---	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Cambio da Empresa 10/09/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--	--



367141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836026	7-Data Validade da Serha 29/11/20
8-Data do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Carteira Nacional de Saúde		13-Nome KELLY CRISTINE GOULART FLORES TEIXEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO 3

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S	09/09/20			2 Kelly
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	S	09/09/20			Kelly
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	S	09/09/20			Kelly
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	S	09/09/20			Kelly
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00	S	09/09/20			Kelly
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20 Kelly C.F. Flores	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/09/20
--	---	---	--

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



OK

376465
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876184	7-Data Validade da Senha 15/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531838300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LARA VICTORIA DE SOUZA PEREIRA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano JOAILSON ANTUNES PEREIRA
---	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ciente/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	28/09/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/09/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/09/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/09/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgião Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/09/20
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 28/09/20
--	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHFERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999



381381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7897887	7-Data Validade da Guia 22/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800000602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIA ALEXSSANDRA RIOS		14-Telefone 22/04/1978	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/20		Lucia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Lucia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Lucia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Lucia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Lucia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/20 Lucia A. Rios	53-Data, local e Cessão da Empresa 28/09/20		



366749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834094	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531157300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEORI ROBERTO BOZZ		14-Telefone 01/07/1966	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	25/09/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	25/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20

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



346895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7740825	7-Data Validade da Senha 26/10/20
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00202528270800022401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIANA PEFTE		14-Telefone 03/07/1986	15-Nome do titular do plano LUCIANA PEFTE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cixa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR 29.859			52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 22/09/20 <i>Luciana Pefte</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 22/09/20
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.596/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808909		



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871385	7-Data Validade da Senha 14/12/20	375434 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800022401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA PEFTE	14-Telefone 03/07/1988	15-Nome do titular do plano LUCIANA PEFTE		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	---	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/20 <i>Luciana Pefte</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 22/09/20
--	--	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.728.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6308990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840478	7-Data Validade da Senha 30/11/20	368160 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202529212400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCAS BUENO MOMBELLI DE ARRUDA	14-Telefone () 9803-4369	15-Nome do titular do plano CAROLINE BUENO DE OLIVEIRA
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

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

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

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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	61		1	73,00	0,00		S	21/09/20		Caroline
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-Ortocontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20 Caroline B	53-Data, local e Caimbo da Empresa 21/09/20
--	---	--	--

CLINICA DENTAL
SCHERER LDBA
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CND S 680899



368155
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/2014	4-Data de Autorização 02/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840475	7-Data Validade da Senha 30/11/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529212400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS BUENO MOMBELLI DE ARRUDA		14-Telefone () 9803-4369	15-Nome do titular do plano CAROLINE BUENO DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	52	M	1	61,00	0,00		S	21/09/2014		<i>Carlin P.</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/2014 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/09/2014 <i>Carlin P.</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/2014

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 - CNES 6808990



375422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871345	7-Data Validade da Serinha 14/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800023201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA MAIARA PIMENTA PORTELA DA SILVA		14-Telefone 20/07/1995	15-Nome do titular do plano LUANA MAIARA PIMENTA PORTELA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		+ bueno
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/09/20		+ bueno
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/09/20		+ bueno
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/09/20		+ bueno
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/09/20		+ bueno
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação: **Dra. Jheniffer Martins**
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Luana Maíara Pimenta Portela da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	---	---	---



367857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7839097	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Data de Beneficiário		9-Número da Carteira 00202530766700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARA ISABELLY SILVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	04/09/20		Susana S.
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	04/09/20		Susana S.
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	04/09/20		Susana S.
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	04/09/20		Susana S.
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 196,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 Susana S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/09/20
--	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



348521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/07/20	4-Data de Autorização 3/1/07/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7748463	7-Data Validade da Setor 2/8/10/20
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530704400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCAS BORGES RAMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS BORGES RAMOS
-------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	31/07/20		e Jheniffer
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	31/07/20		e Jheniffer
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	07/08/20		e Jheniffer
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	18/09/20		e Jheniffer
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	18/09/20		e Jheniffer
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVL	1	122,00	0,00		S	07/08/20		e Jheniffer
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 508,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20 Lucas	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 5808999
---------------	--	---	---	--



345073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/4/07/20)	4-Data de Autorização (2/7/07/20)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7733112	7-Data Validade da Senha (2/2/10/20)
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530704400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS BORGES RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS BORGES RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	61,00	0,00		S	18/09/20		e lucas
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	18/09/20		e lucas
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00		S	18/09/20		e lucas
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	07/08/20		e lucas
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Lucas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
--	---	---	---

CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



360244
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/2012	4-Data de Autorização 24/08/2012	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802722	7-Data Validade da Serha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252921240000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS BUENO MOMBELLI DE ARRUDA		14-Telefone () 98034369	15-Nome do titular do plano CAROLINE BUENO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		<i>Caroline</i>
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	01/09/20		<i>Caroline</i>
3	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	01/09/20		<i>Caroline</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 <i>Caroline B</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20
--	--	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.996/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



368644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842309	7-Data Validade da Senha 01/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530867700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA EDUARDA GOMES		14-Telefone 26/05/2005 () -	15-Nome do titular do plano JOAO VICTOR GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	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	42	I	1	61,00	0,00		S	14/09/20		Maria
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20 Maria	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/09/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999



329591
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 26/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7660569	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530286000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARLENE RODRIGUES	14-Telefone () / /	15-Nome do Titular do plano MARLENE RODRIGUES
------------------------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (i) 85100200 (i) 85100200 (i) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	12/08/20		Marlene
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88,00	0,00		S	21/09/20		Marlene
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00		S	12/08/20		Marlene
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 264,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/08/20 Marlene Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/20
--	---	---	---

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



356819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7787413	7-Data Validade da Senha 12/11/20
8-Data do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530286000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARLENE RODRIGUES		14-Telefone 05/10/1975	15-Nome do titular do plano MARLENE RODRIGUES		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100218 (II) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VIP	1	122,00	0,00		S	15/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIP	1	122,00	0,00		S	15/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/09/20 Marlene		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/20	
---------------	--	--	--	---	--	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



Ok

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/09/20		4-Data de Autorização 02/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7837949		7-Data Validade da Senha 30/11/20		367607 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202528270800025101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARIAN HASSAN HALAWI				14-Telefone 31/01/1998		15-Nome do titular do plano MARIAN HASSAN HALAWI									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859				28-UF PR		29-Código CBO S					
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	10/09/20		Marian H.			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		Marian H.			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		Marian H.			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		Marian H.			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		Marian H.			
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2020 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2020 Marian H.				53-Data, local e Cartão da Empresa 10/10/2020			

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7806850	7-Data Validade da Senha 19/11/20	361118 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202519989300004401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NEUSA DE LIMA	14-Telefone 25/05/1969	15-Nome do titular do plano NEUSA DE LIMA
--------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

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

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	37	OV	1	88,00	0,00		S	15/09/20		neusa
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MODL	1	122,00	0,00		S	23/09/20		neusa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	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, a por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Neusa de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808995



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867522	7-Data Validade da Senha 13/12/20	374554 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário:	
8-Número do Cartão 00202528270800052201	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade do Cartão / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ODAIR MENINO DOS SANTOS	14-Telefone 30/05/1983
15-Nome do titular do plano ODAIR MENINO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS
18-Número no CRO 29859	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS
23-Número na CRO 29859	24-UF PR
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número na CRO 29859
28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		
2-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/09/20		
3-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/09/20		
4-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/09/20		
5-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Odair Menino dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/20
---------------	--	---	---	---

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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



377476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 21/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7880874	7-Data Validade da Senha 16/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531711000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PATRICIA VIEIRA BRITOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JESSICA CAROLINE VIEIRA BRITOS
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

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

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

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		P
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		P
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/20		P
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		P
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		P
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Patricia V. Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/20
--	---	---	---

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



Ok.

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852844	7-Data Validade da Senha 07/12/20	371139 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202506443700056801		9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDARSPEN SIND AGENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO AUGUSTO MIRANDA DA SILVA		14-Data de Nascimento 18/07/1985	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano PEDRO AUGUSTO MIRANDA DA SILVA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/20
--	---	---	---



364804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/6/08/20)	4-Data de Autorização (2/7/08/20)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824816	7-Data Validade da Senha (2/4/11/20)
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531189700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	30/09/20		<i>Rodrigo B. da Silva</i>
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	30/09/20		<i>Rodrigo B. da Silva</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			53-Data, local e Cartão da Empresa 30/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20 <i>Rodrigo B. da Silva</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 30/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.	

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



375420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871339	7-Data Validade da Senha 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529843800000604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELLA RIOS BATISTA		14-Telefone 18/01/2007	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número na CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número na CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	29/09/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	29/09/20 Jheniffer Martins	29/09/20 [Assinatura]	29/09/20 [Carimbo]



381540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/3/09)/(2/0)	4-Data de Autorização (2/4/09)/(2/0)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7898561	7-Data Validade da Guia (2/2/12)/(2/0)
8-Endereço do Beneficiário 0002002528270800052801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RODNEI BATISTA CARREIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RODNEI BATISTA CARREIRO	

Dados do Contratado Participante pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/20		Rodnei
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Rodnei
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Rodnei
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Rodnei
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/09/20		Rodnei
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20 Rodnei Batista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 28/09/20 Jheniffer Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/20
--	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-4F



**374833
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868475	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252834890000401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO 15/07/1963		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/09/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR-29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/20
--	---	---	---

**CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.**
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



364806
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/6)/(0/8)/(2/0)	4-Data de Autorização (2/7)/(0/8)/(2/0)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824849	7-Data Validade da Senha (2/4)/(1/1)/(2/0)
Dados do beneficiário					
8-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/3/1/1/8/9/7/0/0/0/0/1/0/1)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (0/9/8/3/1/3/5/3/9/8/6/)	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100209
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00	0,00	S	01/09/20		Rodriges B.
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00	0,00	S	01/09/20		Rodriges B.
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61,00	0,00	0,00	S	01/09/20		Rodriges B.
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00	0,00	S	01/09/20		Rodriges B.
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00	0,00	S	01/09/20		Rodriges B.
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	IP	1	88,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Rodriges B.
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		393,00		0,00				

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

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20 Rodriges	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/09/20

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



358834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7796237	7-Data Validade da Serha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531189700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA	

16-Adesimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 3 (I) 85100226 (I) 85100226

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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MIDP	1	122,00	0,00		S	26/08/20		Rodrigo B.
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MIPV	1	122,00	0,00		S	26/08/20		Rodrigo B.
3	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIMP	1	122,00	0,00		S	26/08/20		Rodrigo B.
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IPM	1	122,00	0,00		S	26/08/20		Rodrigo B.
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Rodrigo B.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 549,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: **Dra. Jheniffer Martins**
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/20 Rodrigo B. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/20
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



354578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 12/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777041	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524961200005008	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDO OLI SABI		14-Telefone 03/10/2001	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMDV	1	12200	0,00		S	14/09/20		Ricardo
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	8800	0,00		S	03/09/20		Ricardo
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 2100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Imagens analisadas.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20 Ricardo	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/09/20 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8808990
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885751	7-Data Validade da Senha 17/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

378517
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202528270800043501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA PIMENTEL POLINI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONIA PIMENTEL POLINI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5	

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-Muldo da Clave	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	28/09/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/20 <i>Sonia Polini</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/20
--	--	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-51
CRO/PR 1206 - CNES 6808



379891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889301	7-Data Validade da Senha 20/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202529416000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SERGIO VILMAR SALVAGNI		14-Telefone 31/07/1990	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/20		<i>Sergio</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/09/20		<i>Sergio</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		<i>Sergio</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		<i>Sergio</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/09/20		<i>Sergio</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 <i>Sergio Vilmar Salvagni</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20	



376704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7877308	7-Data Validade da Serão 15/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202528270800043501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SONIA PIMENTEL POLINI		14-Telefone 20/04/1981	15-Nome do titular do plano SONIA PIMENTEL POLINI		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/09/20		Jheniffer Martins
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/09/20		Jheniffer Martins
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/09/20		Jheniffer Martins
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/09/20		Jheniffer Martins
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/09/20		Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 18/09/20 Sonia Pimentel Polini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/20

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



363100
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 25/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7817082	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530766700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUSANA DA SILVEIRA		14-Telefone 11/09/1979	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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 Oclusa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		Susana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 Susana da Silveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20
--	---	--	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845113	7-Data Validade da Senha 02/12/20	369173 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202530766700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome SUSANA DA SILVEIRA		14-Telefone 11/09/1979	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VOD	1	122,00	0,00		S	10/09/20		Jheniffer Martins
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20 Susana S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/20	



361049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7806518	7-Data Validade da Senha 19/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530766700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUSANA DA SILVEIRA		14-Telefone 11/09/1979	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		Susana
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	01/09/20		Susana
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00		S	03/09/20		Susana
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPV	1	122,00	0,00		S	03/09/20		Susana
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	01/09/20		Susana
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 393,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 Susana Silveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20		



344103
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7726116	7-Data Validade da Senha 20/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530286000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAYNA RODRIGUES DE AZEVEDO		14-Telefone 20/12/2011 () -	15-Nome do titular do plano MARLENE RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000883	FRENULECTOMIA LABIAL			1	212,00	0,00		S	21/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 212,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7726165	7-Data Validade da Serha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

344116
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530286000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYNA RODRIGUES DE AZEVEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARLENE RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	0084000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	16		1	49,00	0,00		S	15/09/20		Marlene
2	0084000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	26		1	49,00	0,00		S	15/09/20		Marlene
3	0084000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	36		1	49,00	0,00		S	15/09/20		Marlene
4	0084000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	46		1	49,00	0,00		S	15/09/20		Marlene
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 196,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20 Marlene	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/20
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/08/20	4-Data de Autorização 3/1/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7829118	7-Data Validade da Senha 2/6/11/20
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

365708
INTERCÂMBIO

8-Número do Cartão 00202531109700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAUANY VITORIA PEREIRA		14-Telefone 07/02/2003	15-Data de Nascimento (/)	16-Data de Nascimento THAISLAINE NAIR PEREIRA	

17-Abordamento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número na CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número na CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/09/20		Schere
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/09/20		Schere
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/09/20		Schere
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/09/20		Schere
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/09/20		Schere
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20 Thaislaire Nair Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20
--	---	---	---

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



351384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 07/10/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7762224	7-Data Validade da Serinha 03/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202530766700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VITOR HUGO SILVEIRA	14-Telefone 31/12/2003	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA
--------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 82001286-18 (I) 82001286-28 (I) 82001294-48	26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO 5		

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	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	04/09/20		<i>[assinatura]</i>
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	04/09/20		<i>[assinatura]</i>
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	04/09/20		<i>[assinatura]</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 imagens analisadas	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/09/20 <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/20 <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CNPES 6808999
-------------------------------------	--	--	---	---	---	--



379831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888948	7-Data Validade da Senha 21/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202507517100016701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIANE SLOVINSKI		14-Telefone 27/09/1985	15-Nome do titular do plano VIVIANE SLOVINSKI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRD 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRD 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRD 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Viviane Sloviski	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/09/20	



361012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7806340	7-Data Validade da Senha 19/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253120890000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITOR ALEXANDRE DIAS MAZARON			14-Telefone 26/01/2009	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		26-Número no CRO 29859		27-UF PR	28-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 Gêsa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	16/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	16/09/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	16/09/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S			
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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: Elemento 11, paciente preferiu não realizar Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/09/20 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/09/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

16/09/20

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



2 - Nº Guia no Prestador

378973

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 3 7 8 9 7 3	
6 - Código da Operadora 0 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0		7 - Nome do Contratado 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -							
13 - Número da Guia no Prestador 3 5 3 7 7 8		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 5 3 7 7 8		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202524961200005502 - IRACI CANTELE	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
28 - Valor Recusado 30 - Valor Aceito	29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora						
1 - 1 0 0 8 2 0 2 0	3 7	O . M . L	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3 0 4 0
Como não?? Vc consegue diferenciar oq é restauração e dente no rx né? E ainda tem a foto pra ajudar. Gostaria que fizesse como? Gamlarra? unir resina nova com a velha? como é a adesão disso? Se vc está acostumado com							
2 -							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							

32 - Valor Total Recusado (R\$) 7 3 2 0	33 - Valor Total Aceito (R\$) 0 0 0
---	---

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNPJ 6803093

34 - Data do Recurso 1 1 0 8 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador <i>Jheniffer Martins</i>	36 - Data da Assinatura da Operadora 1 1 0 8 2 0 2 0	37 - Assinatura da Operadora
--	--	--	------------------------------



OK

2 - Nº Guia no Prestador

378972

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela Operadora 3 7 8 9 7 2
------------------	---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado

6 - Código da Operadora 0 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0	7 - Nome do Contratado 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS
---	---

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número da Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -
--------------------	-------------------------	-----------------------------------	--------------------	------

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador 3 4 0 9 2 0	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 4 0 9 2 0	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202511783800069901 - JENNIFER MORI SLEIGMAN
--	--	----------------------------------	---

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
------------------------------	--	------

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
---	-------------------	-----------	-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------

1. 1 7 0 7 2 0 2 0	3 6	O . D	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 4 0
5 2 8 0	Não consegue visualizar a face D no rx? Olha o estado dessa restauração, mal adaptada e mal esculpida, sem função mastigatória.						
0 0 0							

2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

32 - Valor Total Recusado (R\$) 5 2 8 0	33 - Valor Total Aceito (R\$) 0 0 0	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
34 - Data do Recurso 2 0 0 7 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador <i>Jheniffer Martins</i>		36 - Data da Assinatura da Operadora



3. AP Group and Discussion

378970

Dados dos Itens da Guia							Assinatura	
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Fatores	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Tipo Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Classe	
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador							
30 - Valor Aceito	31 - Justificativa do Operadora							

32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceito (R\$)	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 R. SOFIA, 1206 - CNES 6180000
0 7 3 2 0	0 0 0		
34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Paciente	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
0 1 0 7 2 0 2 0	Jheniffer Martins		

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
R. 90/PR 1306 - CNES 6466000



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871819	7-Data Validade da Serção 14/12/20	375510 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 002025158610000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAROLYNNE ZANG DA SILVA			14-Telefone 18/03/1991	15-Nome do titular do plano LIANE ZANG		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	57,00	26,22		S	18/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	57,00	26,22		S	18/09/20		<i>[Assinatura]</i>
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	57,00	26,22		S	22/09/20		<i>[Assinatura]</i>
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	57,00	26,22		S	18/09/20		<i>[Assinatura]</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 228,00	47-Valor Total R\$ 104,88	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 18/09/20
--	---	---	--

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

Dados da guia

Sacado
LIANE ZANG

Guia Valor

375510 R\$ 104,88

Total: **R\$ 104,88**

Data 1º Vcto

19/10/2020 Data Movimento

18/09/2020 Valor Entrada

104,88 Valor Total

104,88

Descrição do Movimento

Operação realizada com sucesso!

Dup. Seq.	Vencimento	Documento	Num. Documento	Banco Agência	Operadora	Valor
2151 1	19/10/2020	CARTAO DE CREDITO	105014877807KA9KISJC		MASTERCARD	R\$ 104,88

[Voltar à guia](#)

