

Guia Sistema de

OdontoLife[®]
transparência para você sempre

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1F

718523
INTERCÂMBIO1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
25/10/20124-Data de Autorização
25/10/20125-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
91048757-Data Validade da Senha
24/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025372085000501019-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
COPACOLCOOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PATRICIA MULLER OLIVEIRA AGUIAR

13/12/1996

14-Telefone
() -15-Nome do titular do plano
PATRICIA MULLER OLIVEIRA AGUIAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA18-Número no CRO
2980819-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1121964290822-Nome do Contratado Executante
JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA23-Número no CRO
2980824-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA27-Número no CRO
2980828-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	27/10/2012		Patricia
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/10/2012		Patricia
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/10/2012		Patricia
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/10/2012		Patricia
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/10/2012		Patricia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

NEO CLÍNICA ODONTOLÓGICA
PR-EPAO-511043-Data Previsão Término do Tratamento
/ /44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
174,0047-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

Jéssica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
27/10/201251-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27/10/201252-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável
/ / Patricia M.O. Aguiar53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / CRO/PR. 29808

OK sistema



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P

702831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/21	4-Data de Autorização 14/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9053887	7-Data Validade da Senha 13/12/21
8-Número da Carteira 00202502683600586701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGINALDO BISPO DOS SANTOS			14-Telefone 07/03/1983	15-Nome do titular do plano REGINALDO BISPO DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808		28-UF PR	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/09/21		Reginaldo
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/09/21		Reginaldo
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/09/21		Reginaldo
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/09/21		Reginaldo
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/09/21		Reginaldo
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 14/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/21	53-Data, local e Carimbo do Profissional 14/09/21
---------------	---	---	---	--

Jéssica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P

697000
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9035885	7-Data Validade da Senha 08/12/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202502683600622804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISAAC DE SOUZA SILVA PEZINI		14-Telefone 10/05/2014 () 000-0000	15-Nome do titular do plano ANDERSON PEZINI DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808		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	09/10/2019		Jatavorn
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	09/10/2019		Jatavorn
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

Jessica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808

Odontolife[®]

INDICADOR PARA VIDE 3077

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1F



701961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/21	4-Data de Autorização 14/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9051212	7-Data Validade da Senha 13/12/21
8-Número da Carteira 00202511628000004703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOPHIA ELOIZE DA ROCHA RODRIGUES			14-Telefone () 3531-2534	15-Nome do titular do plano ALINE DAIANE DA ROCHA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808		24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
				28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OD	1	88,00	0,00			14/09/21		Alina
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00			14/09/21		Alina
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Jessica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808



700087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2016	4-Data de Autorização 11/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9045573	7-Data Validade da Senha 11/12/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511628000008605	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NICOLE DE LIMA PALMA		14-Telefone () 3531-3100	15-Data Validade da Carteira 30/01/2016		
15-Nome do titular do plano SANDRA DE FATIMA PALMA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		26-Número no CRO 29808		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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/10/2016		J. Beraldo da Rosa
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			11/10/2016		J. Beraldo da Rosa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2016
---------------	---	---	---	---

J. Beraldo da Rosa
Cirurgião Dentista
CRO/PR. 29808



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2011	4-Data de Autorização 26/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8993566	7-Data Validade da Senha 24/11/2011	8-2487 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202522354300004601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PEDREIRA ITAIPU INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONAS RIBEIRO		14-Telefone 16/08/1978	15-Nome do Titular do plano JONAS RIBEIRO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808		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 Guisa	42-Assinatura
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/08/2011		JONAS
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			26/08/2011		JONAS
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			26/08/2011		JONAS
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			26/08/2011		JONAS
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			26/08/2011		JONAS
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/11/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Jessica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808
NEO CLÍNICA ODONTOLÓGICA
PR-EPAO-3110

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

633165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/2016	4-Data de Autorização 24/07/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8855633	7-Data Validade da Senha 21/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539682800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAMILLY VITORIA DA SILVA RIBEIRO		14-Telefone 06/03/2016	15-Nome do titular do plano JHENYFFER DA SILVA MELLO SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	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 Gênes 42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/07/2016	Jhenyffer
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			29/07/2016	Jhenyffer
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OL	1	8,80	0,00			05/07/2016	Jhenyffer
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	6,10	0,00			05/07/2016	Jhenyffer
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	6,10	0,00			10/08/2016	Jhenyffer
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	6,10	0,00			10/08/2016	Jhenyffer
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 377,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

JESSICA F. BERALDO DA ROSA

Cirurgia Dentista
CRO/PR. 29808



689907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/21	4-Data de Autorização 01/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9016697	7-Data Validade da Senha 30/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202502683600915502		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA GOMES FERREIRA		14-Telefone 29/04/1983 () - - - - -	15-Nome do titular do plano IGO VITORINO DOS ANJOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMD	1	122,00	0,00			30/09/21		<i>Jessica F. Beraldo da Rosa</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 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 a 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 01/09/21 <i>Jessica F. Beraldo da Rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/21 <i>Jessica F. Beraldo da Rosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/21 <i>Adriana</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1F

666305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2018	4-Data de Autorização 18/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8955455	7-Data Validade da Senha 16/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510284000009501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IMATHERM INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAQUELINE SILVA DA CUNHA		14-Telefone 28/09/1994	15-Nome do titular do plano JAQUELINE SILVA DA CUNHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	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			18/10/2018		Jaqueline
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/10/2018		Jaqueline
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/10/2018		Jaqueline
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/10/2018		Jaqueline
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/10/2018		Jaqueline
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/10/2018	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Jessica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808



684076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/21	4-Data de Autorização 27/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8998839	7-Data Validade da Guia 25/11/21
8-Número da Carteira 00202526196900038801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTO ADESIVOS PARANA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGIS EDUARDO MOREIRA		14-Telefone 21/08/1998	15-Nome do titular do plano REGIS EDUARDO MOREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112119642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR
25-Código CNES (1) 85100200		26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	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 Guia	42-Motivo
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00			27/08/21		
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 esta guia, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/18/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/18/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/18/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Jessica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3.07

640527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/2013	4-Data de Autorização 29/07/2013	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8878052	7-Data validade da Guia 27/08/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510284000009502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IMATHERM INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Seguro	
13-Nome BRYAN LORENZO LUCHTEMBERG		14-Telefone 01/12/2013	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do titular do plano JAQUELINE SILVA DA CUNHA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO B 025 -	21-Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	28-UF PR	29-Código CBO B	

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-Medico de Guisa	42-Responsável
1-	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/07/2013		Jessica
2-	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			29/07/2013		Jessica
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa 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 29/07/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Jéssica F. Beraldo da Rosa

Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

640559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/21	4-Data de Autorização 29/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8878207	7-Data Validade da Senha 27/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511628000001701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA APARECIDA MOREIRA DA SILVA 26/08/1986			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA MOREIRA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		23-Número no CRO 29808	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA			27-Número no CRO 29808	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			30/07/21		Jessica F. Beraldo da Rosa
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	73		1	73,00	0,00			30/07/21		Jessica F. Beraldo da Rosa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 Júlio S. B.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Júlio S. B. Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Juliana Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa NEO CLÍNICA ODONTOLÓGICA PR-EPAC-5110
---------------	--	---	--	---



705036
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/2011	4-Data de Autorização 15/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9061371	7-Data Validade da Senha 14/12/2011
8-Número de Carteira 00202511628000015601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELA BRUNA DOS SANTOS NUNES			14-Telefone 21/02/1992	15-Nome do titular do plano RAFAELA BRUNA DOS SANTOS NUNES	
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908		22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	28-UF PR	29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/09/2011		Rafaela
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			15/09/2011		Rafaela
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			15/09/2011		Rafaela
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			15/09/2011		Rafaela
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			15/09/2011		Rafaela
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: 174,00

47-Valor Total R\$: 0,00

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

Declaro, que após ler todo devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Devidos, ainda que não procedimentos descritas acima, e por mim assinados, 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-Observações:

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente: 15/09/2011

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/09/2011

52-Data, local e Carteira do Emprego: 15/09/2011

53-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

54-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

55-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

56-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

57-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

58-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

59-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

60-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

61-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

62-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

63-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

64-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

65-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

66-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

67-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

68-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

69-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

70-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

71-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

72-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

73-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

74-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

75-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

76-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

77-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

78-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

79-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

80-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

81-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

82-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

83-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

84-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

85-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

86-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

87-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

88-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

89-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

90-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

91-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

92-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

93-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

94-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

95-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

96-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

97-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

98-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

99-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

100-Data, local e Carteira do Profissional: 15/09/2011

Jéssica F. Beraldo da Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO/PR. 29808



682842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/08/21 4-Data de Autorização 26/08/21 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8994836 7-Data Validade da Serina 24/11/21

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202522354300004601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PEDREIRA ITAIPU INDUSTRIA E 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONAS RIBEIRO 14-Telefone 16/08/1978 15-Nome do titular do plano JONAS RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA 18-Número no CRO 29808 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908 22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA 23-Número no CRO 29808 24-UF PR 25-Código CNEIS Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA 27-Número no CRO 29808 28-UF PR 29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPV	1	122,00	0,00			24/10/21		Jonas
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OPV	1	122,00	0,00			24/10/21		Jonas
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			24/10/21		Jonas
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			24/10/21		Jonas
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 698,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-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 24/10/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa NEO CLÍNICA ODONTOLÓGICA CRO/PR. 29808



698945
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 9042022	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202511628000004006					
13-Nome DAVI DA SILVA		14-Telefone () 3531-2456	15-Nome do titular do plano ZILDA DA ROSA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	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	10/09/2012		Zilda
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	10/09/2012		Zilda
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

NEO CLÍNICA ODONTOLOGIA
PR-EPAO-5110

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Jéssica F. Beraldo da Rosa				
---------------	----------------------------	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	Cirurgia Dentista CRO/PR. 29808
---	---	---	--	------------------------------------

Zilda da Rosa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

698940
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 9042010	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511628000004005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS DA SILVA		14-Telefone 28/03/2012 (11) 3531-2456	15-Nome do titular do plano ZILDA DA ROSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	18-Número no CRO 29808	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11219642908	22-Nome do Contratado Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA	23-Número no CRO 29808	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA FERREIRA BERALDO DA ROSA		27-Número no CRO 29808	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			10/09/2012		Zilda
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			10/09/2012		Zilda
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2012 Zilda da Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2012 JESSICA F. BERALDO DA ROSA Cirurgiã Dentista CRO/PR. 29808
---	---	--	---