

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-^{Nº}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 05/12/10	4-Data de Autorização 12/15/10 05/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7584303	7-Data Validade da Senha 12/10/10 08/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

315830
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215121911841101000131011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome WELLYNGTON TABORDA DE ALMEIDA	14-Telefone (1111) 1111111111	15-Nome do titular do plano WELLYNGTON TABORDA DE ALMEIDA
--	----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI	18-Número no CRO 29679	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10191313161212109101011111	22-Nome do Contratado Excitante ADRIANO FIORI	23-Número no CRO 29679	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excitante ADRIANO FIORI	27-Número no CRO 29679	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
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-101081101000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3	4	0	0	0	0	0	0	26/10/2010	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34100	47-Valor Total R\$	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 minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 15/12/10 Adriano F.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 15/12/10 Adriano F.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 15/12/10 wlf	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

316522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	6-Data Validade da Senha
406414	12/05/11	05/12/10	AUTORIZADO	7588813	12/03/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	---------	------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Name

JULIANO CEZAR DE LIMA	07/07/1987	()	SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA	()
-----------------------	------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
---------------------	-------------------------------------	------------------	-------	-----------------

N | | ADRIANO FIORI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNIES
-------------------------------------	----------------------------------	------------------	-------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0	9	3	3	6	2	2	0	9	0	0
ADRIANO FIORI										
29679										
PR										

26- Nome do Profissional Executante

ADRIANO FIORI
29679
PR

Plano de Tratamento (Concedimentos Solicitados)

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista/Região	34- Faixa	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- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	02/10/20	
2- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	6 1 0 0		0 0 0	S	04/06/20	
3- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8 8 0 0		0 0 0	S	08/06/20	
4- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	09/06/20	
5- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6 1 0 0		0 0 0	S	15/06/20	
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	15/06/20	
7- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	17/06/20	
8- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	22/06/20	
9- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	22/06/20	
10- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	8 8 0 0		0 0 0	S	26/06/20	
11- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-OK	HASD		1	4 4 0 0		0 0 0	S	28/05/20	
12- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-OK	HASE		1	4 4 0 0		0 0 0	S	28/05/20	
13- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-OK	HAID		1	4 4 0 0		0 0 0	S	28/05/20	
14- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-OK	HAIE		1	4 4 0 0		0 0 0	S	28/05/20	

43-Data Previsão 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	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

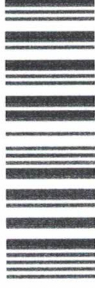
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

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
---	---	--	-------------------------------------

53	eficiencia/ Responsável	Jubens Agard de pro
----	-------------------------	---------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/05/2018

4-Data de Autorização
12/06/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7589157

7-Data Validade da Senha
12/03/2018

316555
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020252918410000017011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TONELLO E MACHADO DA LUZ

11-Data Validade da Carteira
11/11/1984

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ADRIANO FIORI

22-Nome do Contratado Executante
ADRIANO FIORI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0933622090011

23-Número no CRO
29679

24-UF
PR

26-Nome do Profissional Executante
ADRIANO FIORI

27-Número no CRO
29679

28-UF
PR

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	8151001916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00	0,00	S	12/06/2018	Silvonei
2-00	8151001916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00	0,00	S	12/06/2018	Silvonei
3-00	8151001916	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00	0,00	S	12/06/2018	Silvonei
4-00	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VMO	1	122,00	0,00	0,00	S	17/06/2018	Silvonei
5-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	04/06/2018	Silvonei
6-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/06/2018	Silvonei
7-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	04/06/2018	Silvonei
8-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/06/2018	Silvonei
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/2018

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
449,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/12/2018, Adriano Fiori

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/2018, Adriano Fiori

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/2018, Silvonei

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/12/2018

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 05/12 01	4-Data de Autorização 12/09/10 05/12 01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598167	7-Data Validade da Serinha 12/06/10 08/11/20	317671 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 01002025129184110000113011		13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (111) 11111111		15-Nome do titular do plano WELLYNGTON TABORDA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI		18-Número no CRO 29679		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0933161220901011		22-Nome do Contratado Excusante ADRIANO FIORI		23-Número no CRO 29679		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85300039-013 (I) 81000421- (I) 85300039-012 (I) 81000421- (I) 85300039-011 (I) 81000421- (I) 85300039-014			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	19-UF	24-UF	25-Código CNES	28-UF	29-Código CBO S	
1-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00	PR	PR				
2-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00						
3-01018101004211		RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00						
4-01018101004211		RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00						
5-01018101004211		RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00						
6-01018101004211		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00						
7-01018531000391		RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00						
8-01018531000391		RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00						
9-01018531000391		RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00						
10-01018531000391		RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00						
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 354,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/10 20 Adriano J.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/10 20 Adriano J.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/10 20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

309808
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/04 12 01	4-Data de Autorização 10/04/05 12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7537825	7-Data Validade da Senha 12/9/07 12 01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202502683600081503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOANIDES BALTAZAR DA LUZ JUNIOR	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOANIDES BALTAZAR DA LUZ
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO FIORI	18-Número no CRO 26901	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNEP / CPF 10865974691011	22-Nome do Contratado Executante JULIANO FIORI	23-Número no CRO 26901	24-UF PR	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JULIANO FIORI	27-Número no CRO 26901	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
1-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	07/05/12	YBdlog
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	07/05/12	YBdlog
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	07/05/12	YBdlog
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	07/05/12	YBdlog
5-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	1	61,00	0,00	0,00	0	11/05/12	YBdlog
6-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPM	1	1	22,00	0,00	0,00	0	13/05/12	YBdlog
7-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	1	22,00	0,00	0,00	0	13/05/12	YBdlog
8-000185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	1	8,00	0,00	0,00	0	26/05/12	YBdlog
9-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0	26/05/12	YBdlog
10-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Prevista: Fim do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Atendimento: 3-Ortodontia e Urgência/Emergência
46-Tipo de Atendimento
47-Tipo de Atendimento
48-Tipo de Atendimento
49-Tipo de Atendimento
50-Tipo de Atendimento
51-Tipo de Atendimento
52-Tipo de Atendimento
53-Tipo de Atendimento
54-Tipo de Atendimento
55-Tipo de Atendimento
56-Tipo de Atendimento
57-Tipo de Atendimento
58-Tipo de Atendimento
59-Tipo de Atendimento
60-Tipo de Atendimento
61-Tipo de Atendimento
62-Tipo de Atendimento
63-Tipo de Atendimento
64-Tipo de Atendimento
65-Tipo de Atendimento
66-Tipo de Atendimento
67-Tipo de Atendimento
68-Tipo de Atendimento
69-Tipo de Atendimento
70-Tipo de Atendimento
71-Tipo de Atendimento
72-Tipo de Atendimento
73-Tipo de Atendimento
74-Tipo de Atendimento
75-Tipo de Atendimento
76-Tipo de Atendimento
77-Tipo de Atendimento
78-Tipo de Atendimento
79-Tipo de Atendimento
80-Tipo de Atendimento
81-Tipo de Atendimento
82-Tipo de Atendimento
83-Tipo de Atendimento
84-Tipo de Atendimento
85-Tipo de Atendimento
86-Tipo de Atendimento
87-Tipo de Atendimento
88-Tipo de Atendimento
89-Tipo de Atendimento
90-Tipo de Atendimento
91-Tipo de Atendimento
92-Tipo de Atendimento
93-Tipo de Atendimento
94-Tipo de Atendimento
95-Tipo de Atendimento
96-Tipo de Atendimento
97-Tipo de Atendimento
98-Tipo de Atendimento
99-Tipo de Atendimento

Declaro que todos os dados aqui fornecidos são verdadeiros e corretos, e que o profissional contratado para a realização do tratamento, bem como os custos previstos em contrato, estão de acordo com o que foi informado e autorizado pelo paciente. 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.

48-Valor Total R\$
49-Valor Total R\$
50-Valor Total R\$
51-Valor Total R\$
52-Valor Total R\$
53-Valor Total R\$
54-Valor Total R\$
55-Valor Total R\$
56-Valor Total R\$
57-Valor Total R\$
58-Valor Total R\$
59-Valor Total R\$
60-Valor Total R\$
61-Valor Total R\$
62-Valor Total R\$
63-Valor Total R\$
64-Valor Total R\$
65-Valor Total R\$
66-Valor Total R\$
67-Valor Total R\$
68-Valor Total R\$
69-Valor Total R\$
70-Valor Total R\$
71-Valor Total R\$
72-Valor Total R\$
73-Valor Total R\$
74-Valor Total R\$
75-Valor Total R\$
76-Valor Total R\$
77-Valor Total R\$
78-Valor Total R\$
79-Valor Total R\$
80-Valor Total R\$
81-Valor Total R\$
82-Valor Total R\$
83-Valor Total R\$
84-Valor Total R\$
85-Valor Total R\$
86-Valor Total R\$
87-Valor Total R\$
88-Valor Total R\$
89-Valor Total R\$
90-Valor Total R\$
91-Valor Total R\$
92-Valor Total R\$
93-Valor Total R\$
94-Valor Total R\$
95-Valor Total R\$
96-Valor Total R\$
97-Valor Total R\$
98-Valor Total R\$
99-Valor Total R\$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

59-Data Realizada
60-Data Realizada
61-Data Realizada
62-Data Realizada
63-Data Realizada
64-Data Realizada
65-Data Realizada
66-Data Realizada
67-Data Realizada
68-Data Realizada
69-Data Realizada
70-Data Realizada
71-Data Realizada
72-Data Realizada
73-Data Realizada
74-Data Realizada
75-Data Realizada
76-Data Realizada
77-Data Realizada
78-Data Realizada
79-Data Realizada
80-Data Realizada
81-Data Realizada
82-Data Realizada
83-Data Realizada
84-Data Realizada
85-Data Realizada
86-Data Realizada
87-Data Realizada
88-Data Realizada
89-Data Realizada
90-Data Realizada
91-Data Realizada
92-Data Realizada
93-Data Realizada
94-Data Realizada
95-Data Realizada
96-Data Realizada
97-Data Realizada
98-Data Realizada
99-Data Realizada



2-Nº



Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	---------	------------	------------------------------	---------------------------------------

13- Nome JULIANO CEZAR DE LIMA 07/07/1987

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO FIORI
16-Atendimento a RN N	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	08659746910	
22-Nome do Contratado Executante	JULIANO FIORI	

26-Nome do Profissional Executante
JULIANO FIORI

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
1-0-0	8-1-0-0-0-0-6-1-5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00		30/09/2016	28/09/2016

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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	3	4	0	0			
47-Valor Total R\$					0	0	0
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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

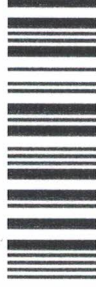
Lehman



190114-3303-1903-02-8 10/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



315421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05/12/01	4-Data de Autorização 12/11/05/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7581114	7-Data Validade da Senha 19/10/8/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025291841000001701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 11/11/1984	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA

15-Nome do titular do plano
SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO FIORI	18-Número no CRO 26901	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0081619746910111	22-Nome do Contratado Executante JULIANO FIORI	23-Número no CRO 26901	24-UF PR	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JULIANO FIORI	27-Número no CRO 26901	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
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			3400		000	S	22/10/2012	Silvonei
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2012/12/9	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012/9	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012/0 Silvonei	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---



318100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 0 2 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7599917	7-Data Validade da Senha 12 / 7 / 0 8 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 1 8 4 1 0 0 0 0 1 7 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANO CEZAR DE LIMA		14-Telefone () / /				15-Nome do titular do plano SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA
----------------------------------	--	------------------------	--	--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO FIORI	18-Número no CRO 26901	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 6 5 9 7 4 6 9 1 0	22-Nome do Contratado Executante JULIANO FIORI	23-Número no CRO 26901	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JULIANO FIORI	27-Número no CRO 26901	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
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	OK	11	P	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	03/06/20	Juliano
2-0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		15		1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	12/06/20	Juliano
3-0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		14		1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	12/06/20	Juliano
4-0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		24		1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	12/06/20	Juliano
5-0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		26		1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	06/06/20	Juliano
6-0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		46		1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	26/06/20	Juliano
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 4 2 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / / / / / /
---	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 26/06/20, Paraná, PR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/06/20, Curitiba, PR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/20, Curitiba, PR	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / / / /
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



324607
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sertina
1 3 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7635016

5-Serha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 6 / 0 6 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 5 / 0 6 / 2 0

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira
1 3 / 0 9 / 2 0

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANTONIA DA LUZ BRONHOLO

14-Telefone
() 0 0 0 0 0 0 0 0

15-Nome do titular do plano
ANTONIO OSNI BRONHOLO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANO FIORI

18-Número no CRO
26901

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 8 6 5 9 7 4 6 9 1 0

22-Nome do Contratado Executante
JULIANO FIORI

23-Número no CRO
26901

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JULIANO FIORI

27-Número no CRO
26901

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 RS

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total RS

48-Total Franquia / Co-participação RS

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura 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.

55-Data, local e Assinatura 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.

56-Data, local e Assinatura 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.

57-Data, local e Assinatura 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.

58-Data, local e Assinatura 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.

59-Data, local e Assinatura 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.

60-Data, local e Assinatura 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.

61-Data, local e Assinatura 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.

62-Data, local e Assinatura 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.

63-Data, local e Assinatura 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.

64-Data, local e Assinatura 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.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



312736
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 5 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 4 / 0 5 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7559294	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 8 / 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 2 5 0 2 6 8 3 6 0 0 3 2 3 2 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome ANDRESSA BRONHOLO	14-Telefone () 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	15-Nome do titular do plano ANTONIO OSNI BRONHOLO
---	--------------------------------	------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 28239	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 3 9 0 5 8 4 9 0 1	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 28239	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 28239	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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0 0		0 0 0 0		S 2 1 / 0 5 / 1 2 0 1		Condutor
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0 0		0 0 0 0		S 2 1 / 0 5 / 1 2 0 1		Condutor
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0 0		0 0 0 0		S 2 1 / 0 5 / 1 2 0 1		Condutor
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0 0		0 0 0 0		S 2 1 / 0 5 / 1 2 0 1		Condutor
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0 0		0 0 0 0		S 2 1 / 0 5 / 1 2 0 1		Condutor
6- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
7- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
8- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
9- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
10- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
11- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
12- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
13- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
14- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		
15- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ / / / / / /	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / / / /
---	--	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / /
---	---	---	--



Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120252911841100009011

10-Empresa
TONELLO E MACHADO DA LUZ

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALINE MAJANE FAGUNDES

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ALINE MAJANE FAGUNDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
28239

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
28239

24-UF
PR

25-Código CNES
Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

27-Nome do Contratado Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

28-UF
PR

29-Código CBO S
(I) 85100200
(I) 85100218
(I) 81000421-RIS

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	0101810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	16	OD	1	34,00	0,00	0,00	01/12/05/12/01	S	Alone
2	0101851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	88,00	0,00	0,00	01/12/06/12/01	S	Alone
3	0101851010218	RESTAURAÇÃO RESINA	HASD		1	122,00	0,00	0,00	01/12/06/12/01	S	Alone
4	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	01/12/05/12/01	S	Alone
5	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	01/12/05/12/01	S	Alone
6	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	01/12/05/12/01	S	Alone
7	0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	01/12/06/12/01	S	Alone
8	0101810010421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	01/12/05/12/01	S	Alone
9	0101810010421	RX PERIAPICAL									
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
416,00

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 orientação 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 2 1 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716107	7-Data Validada da Senha 1 1 8 / 1 0 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 7 5 1 6 5 0 0 0 1 1 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO RURAL	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO ROBERTO BONIFACIO	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO BONIFACIO
------------------------------------	------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 28239	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 4 3 9 0 5 1 8 4 9 0 1	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 28239	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 28239	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 - 22 Assinatura
1- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
2- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
3- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
4- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
5- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	8 8	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
7- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	D	1	6 1	0 0	0	0 0 0		2 2 / 0 7 / 2 0	
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 3 5 4 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	--------------------	---

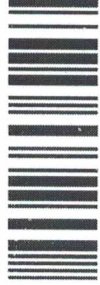
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 10/07/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



2-Nº

341860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 12:01	4-Data de Autorização 12/01/07 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716929	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

[illegible]

13-Nome	JOANIDES BALTAZAR DA LUZ	06/07/1974
14-Telefone	() - - - - -	
15-Nome do titular do plano	JOANIDES BALTAZAR DA LUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 28239		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -	
---	--	--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014131905184901	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 28239	24-UF PR	25-Código CNES	Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

28-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	28239	PR	

[illegible]

	1	0	0	8	5	3	0	0	4	7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3	6	0	0	S ₁	20
1-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	S ₂	20
2-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	S ₃	20

[illegible][illegible]

6

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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.

19-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

30/10/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30/10/2020

53-Data, local e Caiminho da Empresa

30/10/2020

Handwritten signature: *[Signature]*

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA BOLZANI E FIORI LTDA

CNPJ: 33347258000118 (CLINICA ODONTOLOGICA BOLZANI E FIORI LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 29679/PR

Cirurgião Dentista: (16079) - ADRIANO FIORI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
315830 - I	WELLYNGTON TABORDA DE ALMEIDA (00202529184100001301)		22/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
316522 - I	JULIANO CEZAR DE LIMA (00202529184100001702)		25/05/2020	840	0.4	R\$ 336,00
316555 - I	SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA (00202529184100001701)		25/05/2020	449	0.4	R\$ 179,60
317671 - I	WELLYNGTON TABORDA DE ALMEIDA (00202529184100001301)		28/05/2020	354	0.4	R\$ 141,60

Totalizador						
				Nº de USOs:	1677	
				Nº de atendimentos:	4	
				Valor:	R\$ 670,80	

CRO: 26901/PR

Cirurgião Dentista: (16081) - JULIANO FIORI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
309734 - I	JOANIDES BALTAZAR DA LUZ JÚNIOR (00202502683600881503)		30/04/2020	34	0.4	R\$ 13,60
309808 - I	JOANIDES BALTAZAR DA LUZ JÚNIOR (00202502683600881503)		30/04/2020	598	0.4	R\$ 239,20
315345 - I	JULIANO CEZAR DE LIMA (00202529184100001702)		20/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
315421 - I	SILVONEI SEBASTIAO DE LIMA (00202529184100001701)		21/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
318100 - I	JULIANO CEZAR DE LIMA (00202529184100001702)		29/05/2020	426	0.4	R\$ 170,40
324607 - I	ANTONIA DA LUZ BRONHOLO (00202502683600323204)		15/06/2020	334	0.4	R\$ 133,60
332949 - I	MARCOS DA CRUZ MACHADO (00202529184100002301)		02/07/2020	34	0.4	R\$ 13,60
333185 - I	MARCOS DA CRUZ MACHADO (00202529184100002301)		02/07/2020	350	0.4	R\$ 140,00

Totalizador						
				Nº de USOs:	1844	
				Nº de atendimentos:	8	
				Valor:	R\$ 737,60	

CRO: 28239/PR

Cirurgião Dentista: (16082) - ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
312736 - I	ANDRESSA BRONHOLO (00202502683600323202)		13/05/2020	178	0.4	R\$ 71,20
313123 - I	ALINE MAIANE FAGUNDES (00202529184100000901)		14/05/2020	416	0.4	R\$ 166,40
341671 - I	PAULO ROBERTO BONIFACIO (00202507516500011001)		20/07/2020	354	0.4	R\$ 141,60
341860 - I	JOANIDES BALTAZAR DA LUZ (00202502683600881501)		20/07/2020	194	0.4	R\$ 77,60
341893 - I	ALINE MAIANE FAGUNDES (00202529184100000901)		20/07/2020	359	0.4	R\$ 143,60

Totalizador						
				Nº de USOs:	1501	
				Nº de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 600,40	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 11:21

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 5022
N° de atendimentos: 17
Valor: R\$ 2.008,80

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 5022
N° de atendimentos: 17
Valor: R\$ 2.008,80

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 11:21

Página 2 de 2