



2599826
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/01/2016 4-Dia de Autorização 11/01/2016 5-Dia de Entrega PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 14788506 7-Dia Validade da Guia 15/01/2016

8-Dia de Beneficiário

9-Número da Carteira 10020250539842001095021

10-Plano POS REDE PRESTADORA

11-Endereço ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA

12-Dia Validade da Carteira 11/01/2016

13-Número do Cartão Nacional do Susuário

14-Nome ANA CLAUDIA SILVESTRE DOS SANTOS MARTINS

30/10/1984

15-Telefone

16-Nome do titular do plano ALAN RUIZ MARTINS

17-Dia de Contratação Responsável pelo Tratamento

18-Autorização a RN 19-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES

20-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 45331577000114

22-Número no CRO 9265

23-Número no CRO 7189

24-Código CBO S 4073967

25-Código CBO S 4073967

26-Valor 025 - Faturar Empresa

27-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES

28-Número no CRO 9265

29-Código CBO S 4073967

30-Valor 025 - Faturar Empresa

31-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-7-Data	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Valor da Guia
1-00	84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM		1	1	34,00	0,00				
2-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				
3-00											
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
16-00											
17-00											
18-00											
19-00											
20-00											
21-00											
22-00											
23-00											
24-00											
25-00											
26-00											
27-00											
28-00											
29-00											
30-00											
31-00											
32-00											
33-00											
34-00											
35-00											
36-00											
37-00											
38-00											
39-00											
40-00											
41-00											
42-00											
43-00											
44-00											
45-00											
46-00											
47-00											
48-00											
49-00											
50-00											

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 e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação

Dr. Pablo Ivonisko Peres

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

CRO/SP 171475

54-Data, local e Carimbo da Empresa

1

49-Observation

100

Atividade de ensino de Beneficência / Responsabil

53-Data, local e Carimbo da Empresa



2575361
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/25	4-Data de Autorização / /	5-Serha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14717428	7-Data Validade da Serha 09/02/26
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020250539842001080031		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ERICK DA SILVA KOCH	14-Telefone 08/12/2012 () -	15-Nome do titular do plano ERICKSON KOCH DE SOUZA
--------------------------------	---------------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KETLLYN ESTACIO NOBRE		18-Número no CRO 7189	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114		22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CHES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante KETLLYN ESTACIO NOBRE		27-Número no CRO 7189		28-UF MS	29-Código CBO S		

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 Ato 85100196: Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/25 Dr. Ketlyn Estácio Nobre Cirurgião Dentista CRO-MS 7189	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/25 Dr. Ketlyn Estácio Nobre Cirurgião Dentista CRO-MS 7189	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Erick Koch	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



2590942
INTERCAMBIO

1-Registro NNS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/7/10 11/2/6 4-Data de Autenticação 5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 14761999 7-Data Validação da Guia 08/10/13 11/2/6

8-Data de Benefício

8-A-Admissão da Carteira 10/02/2012 5/05/13 9/08/14 2/01/11 08/05/10 2/10/02/2004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DEISYLAINÉ SALINA ALVES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VICTOR HUGO MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KETLYN ESTACIO NOBRE 18-Número no CRO 7189 19-UF MS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14531315710001114 22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA 23-Número no CRO 7189 24-UF MS 25-Código CHES 4073967 26-Nome do Profissional Executante KETLYN ESTACIO NOBRE 27-Número no CRO 7189 28-UF MS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000065				CONSULTA ODONTOLÓGICA						
2-1	1	1										
3-1	1	1										
4-1	1	1										
5-1	1	1										
6-1	1	1										
7-1	1	1										
8-1	1	1										
9-1	1	1										
10	1	1										
11	1	1										
12	1	1										
13	1	1										
14	1	1										
15	1	1										

43-Causa 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 134100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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 e contrários, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 01/01/216 Dr. Ketlyn Estacio Nobre 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/17 Dr. Ketlyn Estacio Nobre 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/12/13 X Danybom S. 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/01/12/13

Cirurgião Dentista CRO-MS 7189 Cirurgião Dentista CRO-MS 7189 CONSULTORIO ODONTOLÓGICO VOLTE A Sorrir Fone (67) 3522-4732 Três Lagoas/MS



2590935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/26	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14761981	7-Data Validade da Senha 08/03/26
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025053984200108501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VICTOR HUGO MONTEIRO	14-Telefone 13/06/1998	15-Nome do titular do plano VICTOR HUGO MONTEIRO
---------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KETLLYN ESTACIO NOBRE	18-Número no CRO 7189	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967
---	---	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante KETLLYN ESTACIO NOBRE	27-Número no CRO 7189	28-UF MS	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/26 Ketllyn Estacio Nobre Cirurgião-Dentista CRO-MS 7189	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/26 Ketllyn Estacio Nobre Cirurgião-Dentista CRO-MS 7189	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/26 Victor Hugo Monteiro Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/26 CONSULTORIO ODONTOLOGICO VOLTE A SORRIR Fone (67) 3522-4732 Três Lagoas/MS
--	--	--	---



2578223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/12/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14722750	7-Data Validade da Senha 11/02/26
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 002025053984200106201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMARILDO LUIZ DE SOUZA			14-Telefone 02/05/1982 () -	15-Nome do titular do plano AMARILDO LUIZ DE SOUZA	
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES		18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114		22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 7189	24-UF MS
25-Código CNES 4073967		26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,100	0,00		N			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/12/25 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/12/25 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/25 x [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa CONSULTORIO ODONTOLOGICO VOLTE A SORRIR 13/12/25 Fone (67) 3522-4732 Três Lagoas/MS
---	---	--	---



2599820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2016	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14788497	7-Data Validade da Senha 15/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025053984200109501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALAN RUIZ MARTINS		14-Telefone 26/06/1981 () -	15-Nome do titular do plano ALAN RUIZ MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			
2-	0084000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	34,00	0,00		N			
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 68,00	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 e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Pablo Ivonisko Peres		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 14/01/2016 Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2016 Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475				



2599848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2016	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14788567	7-Data Validade da Senha 15/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025053984200108603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALQUIRIA FIQUEIREDO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEI JOSE DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		N			Valquiria
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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Valquiria F. de S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



2599589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2016	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14787852	7-Data Validade da Senha 15/03/2016
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025053984200108603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome VALQUIRIA FIQUEIREDO DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CLAUDINEI JOSE DE SOUZA
---	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967
---	---	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES	27-Número no CRO 9265	28-UF MS	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			X Valquiria
2-	00814000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	34,00	0,00		N			Valquiria
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 68,00	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 e 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 14/01/2016 CRO/SP 17475 Dr. Pablo Ivonisko Peres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2016 CRO/SP 17475 Dr. Pablo Ivonisko Peres	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2016 Valquiria F. de O.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



2596318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2016	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14778938	7-Data Validade da Senha 13/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025061960900014304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUIZA FRANCHIN GARCIA		14-Telefone 15/12/2011 () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO SUGSKE GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	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-	0084000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	34,00	0,00		N	/ /		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	40,00	0,00		N	/ /		
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 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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2016 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2016 Pablo Peres CRO/SP 171475
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CONSULTORIO ODONTOLOGICO VOLTE A SORRIR Fone (67) 3522-4732 Três Lagoas/MS



2596307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2016	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14778923	7-Data Validade da Senha 13/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020250619609000143031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HELENA FRANCHIN GARCIA		14-Telefone 19/12/2014	15-Nome do titular do plano RODRIGO SUGSKE GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	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-	0084000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	34,00	0,00		N			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		N			
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 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 e 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 12/01/2016 Pablu Peres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2016 Pablu Peres	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2016
---	---	---	---

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
VOLTE A SORRIR
Fone (67) 3522-4732
Três Lagoas/MS



2596292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2016	4-Data de Autorização 12/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14778870	7-Data Validade da Senha 13/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025061960900014303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HELENA FRANCHIN GARCIA		14-Telefone 19/12/2014	15-Nome do titular do plano RODRIGO SUGSKE GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2016 Pablo Peres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/01/2016 Pablo Peres	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

CONSULTORIO ODONTOLOGICO
VOLTE A SORRIR
Fone (67) 3522-4732
Três Lagoas/MS



2596286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/12	4-Data de Autorização 12/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14778846	7-Data Validade da Senha 13/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025061960900014301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO SUGSKE GARCIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO SUGSKE GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967	
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	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					X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 12/10/12 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12 Rodrigo Sugske Garcia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



2603104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/26	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14799722	7-Data Validade da Senha 17/03/26
8-Número da Carteira 0020250539842001120031			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BERNARDO RODRIGUES PONCE			14-Telefone 06/03/2020 () -	15-Nome do titular do plano THAILOR RODRIGUES DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114			22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES			27-Número no CRO 9265		
23-Número no CRO 7189			19-UF MS	20-Código CBO S	
24-UF MS			25-Código CNES 4073967		
28-UF MS			29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			
2-	0084000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	34,00	0,00		N			
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		N			
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
208,00

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 e 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
26/01/26 Pablo Ivonisko Peres

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/01/26 Pablo Ivonisko Peres

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/01/26 + [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/01/26



2544042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/25	4-Data de Autorização 14/11/25	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14616363	7-Data Validade da Serinha 13/10/26
8-Número da Carteira 002025124864200000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SIMONE APARECIDA DA SILVA MARTINS			14-Telefone 10/09/1975 () - - - - -	15-Nome do titular do plano SIMONE APARECIDA DA SILVA MARTINS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114			22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES			27-Número no CRO 9265		
			28-UF MS		
			29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
			30-Código CBO S 4073967		

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/2025 Pablo Ivonisko Peres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2025 Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2026 Simone A. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa



2541994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/25	4-Data de Autorização 12/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14609650	7-Data Validade da Senha 11/01/26
8-Número da Carteira 002025061960900025103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO RECALDE CAMPOS			14-Telefone 05/11/2019 () -	15-Nome do titular do plano RONALD FERREIRA CAMPOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES		18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114		22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 7189	24-UF MS
25-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		26-Número no CRO 9265		27-UF MS	28-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	12/11/25		
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/25 Dr. Pablo Ivonisko Peres CRO/SP 171475	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/25 X [Assinatura] CRO/SP 171475
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/25 CONSULTORIO K. E. NOBRE VOLTE A SOBRIE Fone (67) 3522-4102 Três Lagoas/MS	



2541930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/25	4-Data de Autorização 12/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14609452	7-Data Validade da Senha 11/01/26
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025061960900025103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO CELULOSE DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO RECALDE CAMPOS		14-Telefone 05/11/2019 () -	15-Nome do titular do plano RONALD FERREIRA CAMPOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO IVONISKO PERES	18-Número no CRO 9265	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45331577000114	22-Nome do Contratado Executante K. E. NOBRE CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 7189	24-UF MS	25-Código CNES 4073967
26-Nome do Profissional Executante PABLO IVONISKO PERES		27-Número no CRO 9265	28-UF MS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	61,00	0,00			12/11/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/25 Pablo Ivonisko Peres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/25 Pablo Ivonisko Peres	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/25 CONSULTORIO ODONTOLOGICO VOLTE A SORRIR Fone (67) 3522-4732 Três Lagoas/MS
--	--	---	--