



390919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 07/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938599	7-Data Validade da Senha 04/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531190400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA EDUARDA VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESANDRA TEREZA PEREIRA VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	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 Olosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/2010		
2-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	07/10/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/11/2010	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 07/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2010	Cirurgião Dentista CRO 29797/PR
---	---	---	---	------------------------------------



401476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2016	4-Data de Autorização 23/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981317	7-Data Validade de Senha 19/01/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526868200025504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HEITOR DIAS CRUZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARLON EVERTON MOREIRA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2016		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	23/10/2016		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Caso Previsto Término do Tratamento 23/10/2016	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2016				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2016				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2016				53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/2016			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Dra. Renata Louze da Silva Ricardo

Cirurgião-Dentista
CRO 29797/PR



388133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926944	7-Data Validade da Senha 31/12/2012
8-Nome do Beneficiário ROSANA ARDIGOMARTINS		9-Data de Nascimento 25/02/1985	10-Endereço MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone () 8441-0571	15-Nome do titular do plano ROSANA ARDIGOMARTINS		
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Endereço e RN N	18-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		19-Número no CRO 29797	20-UF PR	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		23-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		24-Número no CRO 29797	25-UF PR
26-Endereço do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797		28-UF PR	29-Código CBO S Enviar - RX (1) 85100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Renata
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	12,00	0,00		S	02/10/20		Renata
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôram 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:
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã-Dentista

50-Carta, local e Assinatura do Grupo-Convênio Solidário	51-Carta, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52-Carta, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Carta, local e Cartão da Empresa
			CRO 29797/PR



393407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2020	4-Data de Autorização 09/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7948409	7-Data Válida da Senha 07/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532333900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO		14-Telefone () 9741-7398	15-Data de Validade da Senha 18/10/2022		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		Gisela
2-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14		1	73,00	0,00		S	09/10/20		Gisela
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

Assinatura: _____

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 09/11/2020 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/11/2020 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/11/2020 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 09/11/2020 [Carimbo]



401542
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2020	4-Data de Autorização 21/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981621	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
5-Número da Carteira 00202526868200022502		13-Nome SUELI FERREIRA NOVAKIM		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ FERNANDES NOVAKIM	
		24/08/1964				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 29797		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
15-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797		24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		26-UF PR		
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797		28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/11/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Cita Previsto Término do Tratamento 21/11/2020	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Cita local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2020		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2020		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2020		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2020		54-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2020	
---------------	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Dra. Renata R. da S.
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR


400355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2020	4-Data de Autorização 12/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976873	7-Data Validade da Senha 11/01/21
8-Número da Carteira 0020252541440000105		9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISSANDRA EVELLYN MENDES DA SILVA		14-Data de Nascimento 11/08/1994	15-Telefone (11) 8420-1484	16-Nome do titular do plano IZABELA SOUZA DA CRUZ	
17-Endereço e Rm N					
18-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO					
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		20-Nome do Contratado Exequente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		21-Número no CRO 29797	22-UF PR
23-Nome do Profissional Exequente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		24-Número no CRO 29797		25-UF PR	26-Código CNEB
27-Nome do Profissional Exequente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		28-Número no CRO 29797		29-UF PR	30-Código CRO B

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carga/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODOONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	21/10/20		
2	0082000875	EXODOONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	21/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/11/20	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 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Imagens analisadas		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2020 Renata Louze		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2020 Renata Louze		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2020 Izabela Souza da Cruz		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2020 Cirurgia Dental CRO 29797/PR	
-------------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--



409185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013894	7-Data Validade da Senha 28/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252910490000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SBRISIA E CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL SALLES DA SILVA			14-Telefone () 3432-2618	15-Nome do titular do plano GERSON JOSE DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNEB Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	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	36	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Elise
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	30/10/20		Elise
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	30/10/20		Elise
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Elise
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Elise
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Elise
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	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 420,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Elise	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---

Dra. Renata R. ...
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/RJ


401563
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981737	7-Data Validade da Senha 19/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527919100002501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOTA PRESTACAO DE SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA RUTE ANDRADE VITORACIO		14-Data de Nascimento 07/01/1981	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA RUTE ANDRADE VITORACIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / DNP / CNP 0736424695911	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	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-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/2012		Ana Rute
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	23/11/2012		Ana Rute
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Carga Prevista Termino do Tratamento 23/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frância - Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	
---------------	--

50-Carga, local e Assinatura do Grupo/Contratado Solicitante 23/11/2012 Renata Louze da Silva Ricardo	51-Carga, local e Assinatura do Grupo/Contratado 23/11/2012 Renata Louze da Silva Ricardo	52-Carga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2012 Ana Rute Andrade V.	53-Carga, local e Carimbo da Empresa 23/11/2012 Cirurgião Dentista CRO 29797/F.1
--	--	--	---



388817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2020	4-Data de Autorização 02/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929507	7-Data Validade da Senha 31/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ERON MARCELOS		14-Telefone 24/01/1978		15-Nome do titular do plano ERON MARCELOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-Número no CRO 29797		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/2020		Eron
2-	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00			02/10/2020		Eron
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2020 Eron	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2020 Dra. Renata Ricardi Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR
---	---	--	---



390979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938747	7-Data Validade da Senha 04/01/21
8-Data do Beneficiário 00202526868200017101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIZELE SILVA DA CRUZ SANTIAGO		14-Telefone () 343215213	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Data do Contratado Responsável pelo Tratamento 02/05/1982		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			
18-Atendimento a RN N		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797	
24-UF PR		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	
27-Número no CRO 29797		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/20		Gizele
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	07/10/20		Gizele
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	07/10/20		Gizele
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	07/10/20		Gizele
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	07/10/20		Gizele
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20 Gizele S.C. Santiago		53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20	
								Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR	



370643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414		3-Data de Emissão de Guia 04/09/20		4-Data de Autorização 09/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7851114		7-Data Validade da Senha 03/12/20	
Dados do Beneficiário											
8-Número do Cartão 00202503091400014001				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa WENDPAP E BARROS SERVICOS DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAMILA RODRIGUES FERREIRA						14-Telefone 12/06/1999		15-Nome do titular do plano CAMILA RODRIGUES FERREIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Identificação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				18-Número no CRO 29797		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959				22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				23-Número no CRO 29797		24-UF PR	
25-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO						26-Número no CRO 29797		27-UF PR		28-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			09/09/20	
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1		73,00	0,00			09/09/20	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/09/20		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico: 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 107,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente explicado 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 Grupo-Dentista Solicitante 09/09/20 51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 09/09/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR											



386722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923585	7-Data Validade da Senha 29/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527314900001501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GERSON FERREIRA CRUZ		14-Telefone 21/06/1956	15-Nome do titular do plano GERSON FERREIRA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/10/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/10/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/10/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 02/10/20	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 02/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20
---	---	---	---

CRO 29797/PR



387985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926463	7-Data Validade da Senha 30/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521691600002103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPADUBO TRANSPORTES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CASSIA NODARI TAKASAKI SANTOS GRACIANO		14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano GLADINILSON SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Renata
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/10/20		Renata
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/10/20		Renata
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/10/20		Renata
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/10/20		Renata
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Cópia Previsto Termino do Tratamento 02/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
Dra. Renata Ricardo			
50-Cópia, local e Assinatura do Grupo-Dentista-Beneficiário 02/10/20	51-Cópia, local e Assinatura do Grupo-Dentista 02/10/20	52-Cópia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20 Cassia	53-Cópia, local e Carimbo da Empresa 02/10/20 Cirurgia Dentista CRO 29797/PR



391477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7940453	7-Data Validade de Senha 05/01/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202526868200018201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome HERICK JOSE TAGLIATELLA			14-Telefone (11) 3525-5245	15-Nome do titular do plano HERICK JOSE TAGLIATELLA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29797		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797		24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		26-UF PR		
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/10/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			09/10/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09/10/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09/10/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.	Dra. Renata Ricardo				
---	---------------------	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20	Cirurgião Dentista CRO 29797/PR
---	---	---	---	------------------------------------


364592
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/09/2010	4-Data de Autorização 28/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823937	7-Data Validade da Senha 24/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA OLIVEIRA DA SILVA		14-Telefone 26/09/1992	15-Nome do titular do plano () 84231362	16-Nome do titular do plano MERLLINE SISTIE DE OLIVEIRA SELA	

17-Atendimento a RV N	18-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	19-Número no CRO 29797	20-UF PR	21-Código CBO S	22-UF PR	23-Código CBO S	24-UF PR	25-Código CBO S	26-UF PR	27-Código CBO S	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797		24-UF PR		25-Código CBO S		26-UF PR		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		29-Número no CRO 29797		30-UF PR		31-Código CBO S		32-UF PR		33-Código CBO S		34-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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			28/08/20		Patricia
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			28/08/20		Patricia
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			28/08/20		Patricia
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00			28/08/20		Patricia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/10/2010	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2010	54-Data, local e Assinatura do Responsável 28/10/2010
---------------	---	---	---	---	--

Dra. Renata R. cardo

Cirurgiã Dentista

CRO 29797/PR



403380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2020	4-Data de Autorização 23/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989625	7-Data Validade da Senha 21/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANA TOSETTI		14-Telefone () 2440-1881		15-Data de Nascimento 13/11/1985		16-Data Validade da Carteira		17-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANA TOSETTI		14-Telefone () 2440-1881		15-Data de Nascimento 13/11/1985		16-Data Validade da Carteira		17-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29797		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797	
24-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		25-Número no CRO 29797		26-UF PR		27-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 Class	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/20		Tatiana
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	23/10/20		Tatiana
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	23/10/20		Tatiana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 23/11/2020	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 180,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 23/11/2020 [Assinatura]		51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 23/11/2020 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2020 Tatiana		53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2020 [Carimbo]	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista

CRO 29797/PR



351457
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7762545	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531218900000101									
13-Nome CAROLINE DE OLIVEIRA POLETI MOREIRA				14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano CAROLINE DE OLIVEIRA POLETI MOREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29797		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Alteramento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16	1	1	73,00	0,00		S	07/10/20		Caroline
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00		S	07/10/20		Caroline
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00		S	29/10/20		Caroline
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00	0,00		S	29/10/20		Caroline
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	1	73,00	0,00		S	20/10/20		Caroline
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00		S	20/10/20		Caroline
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/20	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 438,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 Caroline		53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--



376425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876074	7-Data Validade da Senha 15/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 00202527919100001802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOTA PRESTACAO DE SERVICOS	11-Data Validade do Cartão 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE CORDEIRO DO AMARAL		14-Telefone 22/02/1989	15-Nome do titular do plano MARCIO CECYN GONCALVES CORREA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Nº Inscrição no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	07/10/20		<i>Daniela</i>
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	07/10/20		<i>Daniela</i>
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	20/10/20		<i>Daniela</i>
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MI	1	88,00	0,00		S	20/10/20		<i>Daniela</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UB 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Imagens analisadas.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/20 <i>Daniela</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20 <i>Daniela</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 <i>Marcio</i>	53-Data, local e Capimbo da Empresa 20/10/20 <i>Cirurgião Dentista</i> CRO 29797/PR



409165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013828	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 002025291049000001021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SBRISIA E CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELISE SALLES DA SILVA			14-Telefone 26/10/1974 (11) 3432-2618	15-Nome do titular do plano GERSON JOSE DA SILVA	
16-Endereço e RN N RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959			22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	30/10/20		Elise
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	30/10/20		Elise
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	30/10/20		Elise
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	30/10/20		Elise
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Carga Prevista: Tempo de Tratamento 30/10/20	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 325,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observações					
50-Carga, local e Assinatura do Grupo/Carreira Solicitante 30/10/20	51-Carga, local e Assinatura do Grupo/Carreira 30/10/20	52-Carga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Elise	53-Carga, local e Carimbo da Empresa Dra. Renata Louze Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR		



383709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 21/09/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908232	7-Data Validade da Serção 24/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200015402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEIZIELE RICARDO TEIXEIRA		14-Telefone 13/02/2005 () 8452-1821	15-Nome do titular do plano DEUCIR ALVES TEIXEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número na CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número na CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número na CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	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	30/10/2012		Deiziele
2-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/10/2012		Deiziele
3-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/10/2012		Deiziele
4-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/10/2012		Deiziele
5-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/10/2012		Deiziele
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/10/2012	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 anexo 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 anexo com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.	50-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 30/10/2012	51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Responsável 30/10/2012 Deiziele	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 Deiziele	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 30/10/2012 CRO 29797/PR
---	--	---	---	--



400953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979227	7-Data Validade da Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário		10-Empresa ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES			
8-Número de Cartão 00202507710500087903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome HERACLITO TULIO SILVA		14-Telefone 06/04/1959 () - - - - -	15-Nome do titular do plano JESSIKA FERREIRA FARY		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00			23/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/10/20		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação Imagens analisadas		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 23/10/20 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 [Carimbo]	
-------------------------------------	--	--	--	--	--	---	--



403535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/01/2011	4-Data de Autorização 12/3/11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7890231	7-Data Validade da Senha 12/1/01/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202526868200011301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANA DO PILAR PINTO GONCALVES		14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do Plano 16/08/1965		
15-Nome do titular do plano ROSANA DO PILAR PINTO GONCALVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00			12/3/11/01/2011		Rosana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/3/11/01/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Imagens analisadas	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11/01/2011 Rosana	53-Data, local e Cessão da Empresa 12/3/11/01/2011	54-Data, local e Assinatura do Profissional CRO 29797/PR
-------------------------------------	--	--	---	---	---

Dra. Renata Louze



409210
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012	4-Data de Autorização 10/03/2012	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6014041	7-Data validade da Serão 12/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025268682000109001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARLY CANDIDO DE CASTRO		14-Data de Nascimento 10/01/1955	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARLY CANDIDO DE CASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Cidade CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Exercente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Cidade CNES	
26-Nome do Profissional Exercente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Cidade CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ração	34-Faca	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/11/20		Marly
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	61,00	0,00			03/11/20		Marly
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			03/11/20		Marly
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00			03/11/20		Marly
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00			03/11/20		Marly
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00			03/11/20		Marly
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00			03/11/20		Marly
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão / Término do Tratamento 03/11/20	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 427,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---	---	---	---

Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR



1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8017870	7-Data Validade da Guia 01/02/21	410303 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Data de Beneficiário	9-Número de Cartão 00202526868200006003	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	12-Data Validade de Cartão / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

14-Nome LARISSA DE CASTRO DO ROSARIO PEREIRA	15-Data de Nascimento 19/12/2005	16-Telefone (11) 8527-9259	17-Nome do titular do plano RENATA DE CASTRO DO ROSARIO
---	-------------------------------------	-------------------------------	--

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento:

18-Identificação e RG N	19-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	20-Número no CRO 29797	21-UF PR	22-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
----------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

23-Código da Operadora - CNPJ - CPF 07364246959	24-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	25-Número no CRO 29797	26-UF PR	27-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

28-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29-Número no CRO 29797	30-UF PR	31-Código CBO 5
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Cena-Rapido	36-Face	37-Qto	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia Co-participação R\$	41-Aux	42-Data de Realização	43-Motivo da Causa	44-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		Renata
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Renata
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Renata
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Renata
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Renata
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Código Previsto Termino do Tratamento 0201620	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	48-Taxa Quantidade US 174,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Taxa Franquia Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

Declaro: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que os procedimentos (descritos) acima, e por mim assinados, foram realizados 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.

46-Comentário:
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

51-Data, hora e Assinatura do Dirigente-Dentista 03/11/20	52-Data, hora e Assinatura do Dirigente-Dentista 03/11/20	53-Data, hora e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/11/20 Renata	54-Data, hora e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/11/20	55-Data, hora e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/11/20	56-Data, hora e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/11/20
--	--	---	--	--	--



403507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 2/3/11/0/1/2/0	4-Data de Autorização 2/3/11/0/1/2/0	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990133	7-Data Validade da Santa 2/1/11/0/1/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/3/0/2/1/9/8/0/0/0/0/1/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE SUZETE HANZEN		14-Data de Nascimento 10/10/1970	15-Telefone () - / -	16-Nome do titular do plano SIMONE SUZETE HANZEN	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a DDI N	18-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	19-Número no CRO 29797	20-UF PR	21-Código CBO S	
22-Código na Operadora / CNP / CPF 0/7/3/6/4/2/4/6/9/5/9	23-Nome do Contratado Exercente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	24-Número no CRO 29797	25-UF PR	26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Exercente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		28-Número no CRO 29797	29-UF PR	30-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

31-Tabula	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Pagão	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Oclusa	43-Assinatura
1	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OV	1	8,8	0,00	0,00	S	23/11/20		Simone
2	0/0/8/5/1/0/0/1/9/8	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,1	0,00	0,00	S	23/11/20		Simone
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Cópia Pagando Término do Tratamento 2/3/11/0/1/2/0	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 149,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-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.

50-Observação Imagens analisadas	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2/3/11/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2/3/11/10/20 Simone	53-Data, local e Carimbo da Empresa 2/3/11/10/20 [Carimbo]
-------------------------------------	--	--	---

Dr(a) Renata Ricardo

Cirurgião Dentista
CRO 29797/PR

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

409165 - I	ELISE SALLES DA SILVA (00202529104900000102)	30/10/2020	264	0.55	R\$ 145,20
409165 - I	ELISE SALLES DA SILVA (00202529104900000102)	30/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
409185 - I	RAFAEL SALLES DA SILVA (00202529104900000103)	30/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
409185 - I	RAFAEL SALLES DA SILVA (00202529104900000103)	30/10/2020	244	0.69	R\$ 168,36
409210 - I	MARLY CANDIDO DE CASTRO (00202526868200010901)	30/10/2020	88	0.55	R\$ 48,40
409210 - I	MARLY CANDIDO DE CASTRO (00202526868200010901)	30/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
409210 - I	MARLY CANDIDO DE CASTRO (00202526868200010901)	30/10/2020	305	0.69	R\$ 210,45
410303 - I	LARISSA DE CASTRO DO ROSARO PEREIRA (00202526868200006003)	03/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
410303 - I	LARISSA DE CASTRO DO ROSARO PEREIRA (00202526868200006003)	03/11/2020	140	0.64	R\$ 89,60

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 4554
 N° de atendimentos: 25
 Valor: R\$ 3.018,17

Totalizador

N° de USOs: 4554
 N° de atendimentos: 25
 Valor: R\$ 3.018,17

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: 03/11/2020 18:25

Página 2 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 29797/PR

Cirurgião Dentista: (17476) - RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
351457 - I	CAROLINE DE OLIVEIRA POLETI MOREIRA (0020253121890000101)		05/08/2020	438	0.82	R\$ 359,16
364592 - I	PATRICIA OLIVEIRA DA SILVA (00202526868200010503)		26/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
370643 - I	CAMILA RODRIGUES FERREIRA (00202503091400014001)		04/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
370643 - I	CAMILA RODRIGUES FERREIRA (00202503091400014001)		04/09/2020	73	0.82	R\$ 59,86
376425 - I	DANIELE CORDEIRO DO AMARAL (00202527919100001802)		16/09/2020	88	0.55	R\$ 48,40
376425 - I	DANIELE CORDEIRO DO AMARAL (00202527919100001802)		16/09/2020	183	0.69	R\$ 126,27
383709 - I	DEIZIELE RICARDO TEIXEIRA (00202526868200015402)		25/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
383709 - I	DEIZIELE RICARDO TEIXEIRA (00202526868200015402)		25/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
386722 - I	GERSON FERREIRA CRUZ (00202527314900001501)		30/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
386722 - I	GERSON FERREIRA CRUZ (00202527314900001501)		30/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
387985 - I	CASSIA NODARI TAKASAKI SANTOS GRACIANO (00202521691600002103)		01/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
387985 - I	CASSIA NODARI TAKASAKI SANTOS GRACIANO (00202521691600002103)		01/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
388133 - I	ROSANA ARDIGOMARTINS (00202526868200009201)		02/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
388133 - I	ROSANA ARDIGOMARTINS (00202526868200009201)		02/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
388817 - I	ERON MARCELOS (00202528226000002101)		02/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
388817 - I	ERON MARCELOS (00202528226000002101)		02/10/2020	73	0.82	R\$ 59,86
390919 - I	FERNANDA EDUARDA VIEIRA (00202531190400000102)		06/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390919 - I	FERNANDA EDUARDA VIEIRA (00202531190400000102)		06/10/2020	73	0.82	R\$ 59,86
390979 - I	GIZELE SILVA DA CRUZ SANTIAGO (00202526868200017101)		06/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390979 - I	GIZELE SILVA DA CRUZ SANTIAGO (00202526868200017101)		06/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
391477 - I	HERICK JOSE TAGLIATELLA (00202526868200016201)		07/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
391477 - I	HERICK JOSE TAGLIATELLA (00202526868200016201)		07/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
393407 - I	KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO (00202532333900000102)		09/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
393407 - I	KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO (00202532333900000102)		09/10/2020	73	0.82	R\$ 59,86
400355 - I	ELISSANDRA EVELLYN MENDES DA SILVA (00202525414400000105)		20/10/2020	146	0.82	R\$ 119,72
400953 - I	HERACLITO TULIO SILVA (002025077105000087903)		21/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
401476 - I	HEITOR DIAS CRUZ (00202526868200025504)		21/10/2020	106	0.6	R\$ 63,60
401542 - I	SUELI FERREIRA NOVAKIM (00202526868200022502)		21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401563 - I	ANA RUTE ANDRADE VITORACIO (00202527919100002501)		21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401563 - I	ANA RUTE ANDRADE VITORACIO (00202527919100002501)		21/10/2020	73	0.82	R\$ 59,86
403380 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		23/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
403380 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		23/10/2020	146	0.82	R\$ 119,72
403507 - I	SIMONE SUZETE HANZEN (00202530219800000101)		23/10/2020	88	0.55	R\$ 48,40
403507 - I	SIMONE SUZETE HANZEN (00202530219800000101)		23/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
403535 - I	ROSANA DO PILAR PINTO GONCALVES (00202526868200011301)		23/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09

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: 03/11/2020 18:25

Página 1 de 2