

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA GASPARI & BONETI S/S LTDA

CNPJ: 27385239000183 (VIVALI CENTRO ODONTOLOGICO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 26787/PR

Cirurgião Dentista: (17764) - JHONATAN GASPARI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
409361 - I	JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA (00202531086300004702)		30/10/2020	333	0.4	R\$ 133,20
411477 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		04/11/2020	347	0.4	R\$ 138,80
411501 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		04/11/2020	34	0.4	R\$ 13,60

Totalizador						
				Nº de USOs:	714	
				Nº de atendimentos:	3	
				Valor:	R\$ 285,60	

CRO: 26788/PR

Cirurgião Dentista: (17765) - MAYARA BONETI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
388035 - I	ANDRESSA RIOS (00202531086300004403)		01/10/2020	34	0.4	R\$ 13,60
394144 - I	JHENIFER CRISTINE DE GODOIS (00202531086300002402)		10/10/2020	122	0.4	R\$ 48,80
397925 - I	LUCAS SILVA DE GODOIS (00202531086300002403)		16/10/2020	610	0.4	R\$ 244,00
400515 - I	JHENIFER CRISTINE DE GODOIS (00202531086300002402)		20/10/2020	183	0.4	R\$ 73,20
400518 - I	ALINE BRANCALIONE (00202500036900004001)		20/10/2020	183	0.4	R\$ 73,20
403232 - I	DOUGLAS SAULO DA SILVA (00202531658900000101)		22/10/2020	61	0.4	R\$ 24,40
408133 - I	GABRIEL RONDA MUNSLINGER (00202532796100000102)		29/10/2020	61	0.4	R\$ 24,40
409422 - I	MARCELO DE CHAVES (00202532843900000101)		30/10/2020	174	0.4	R\$ 69,60
411405 - I	ANDRESSA RIOS (00202531086300004403)		04/11/2020	144	0.4	R\$ 57,60
411419 - I	YNGRED TAYNAR WALHANUIK PRESILAK (00202520648700057901)		04/11/2020	178	0.4	R\$ 71,20
420238 - I	MARCELO DE CHAVES (00202532843900000101)		16/11/2020	61	0.4	R\$ 24,40
420239 - I	DEBORA REGINA VIEIRA (00202532423800000101)		16/11/2020	174	0.4	R\$ 69,60
420242 - I	NATACIA REGINA RONDA (00202532796100000101)		16/11/2020	61	0.4	R\$ 24,40
420243 - I	GABRIEL RONDA MUNSLINGER (00202532796100000102)		16/11/2020	244	0.4	R\$ 97,60
420290 - I	ELZA DOS SANTOS WALHANUIK (00202520648700057902)		17/11/2020	61	0.4	R\$ 24,40
422047 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		18/11/2020	122	0.4	R\$ 48,80

Totalizador						
				Nº de USOs:	2473	
				Nº de atendimentos:	16	
				Valor:	R\$ 989,20	

Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:	3187	
				Nº de atendimentos:	19	
				Valor:	R\$ 1.274,80	

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 11:25

Página 1 de 2

Estadística: Fundamentos y Aplicaciones

Nº de atendimentos: 19

Valor: R\$ 1.274,80

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/17/11 11/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014552	7-Data Validade da Santa 12/18/11 01/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

409361
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 10/02/10 12/15/13 11/08/16 13/10/10 10/14/17 10/12/10	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITEL INDUSTRIA ELETRONICAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA	13/12/1974	14-Teléfono () - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANA DE LURDES ALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Amenidade a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/17/12/13 12/18/13 12/19/10 17/11/11	22-Nome do Contratado Executante JHONATAN GASPARI
26-Nome do Profissional Executante JHONATAN GASPARI	27-Número no CRO 26787
18-Número no CRO 26787	19-UF PR
23-Número no CRO 26787	24-UF PR
25-Código CNES (1/F) 85200140-15	26-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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-10/10	852	01011401	TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	333,00	0,00	51107,71	20
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									

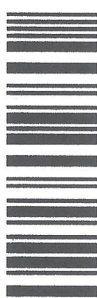
43-Data Recebto / Término do Tratamento 10/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333,30	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/11	53-Data, local e Caimbo da Empresa 07/11/11
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11/12/10	4-Data de Autorização 11/01/11/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022388	7-Data Validade da Semeta 10/12/10/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

411501
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010121012151321101711010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA	15/02/1987	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO	18-Número no CRO 26787	19-UF PR	20-Código CBO S 02	25-Código CNES	26-UF PR	27-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101723283219101711	22-Nome do Contratado Executante JHONATAN GASPARI	23-Número no CRO 26787	24-UF PR	25-Código CNES	26-UF PR	27-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	----------------	-------------	-----------------

28-Nome do Profissional Executante
JHONATAN GASPARI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

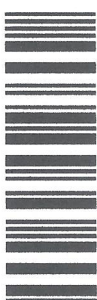
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010181101010101615		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,10			10/11/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/11/20	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 34,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11/20	53-Data, local e Caminho da Empresa 10/11/11/20
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11/210	4-Data de Autorização 11/0/11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022346	7-Data Validade da Senha 10/2/10/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10-Empresa	11-Data Vencida da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Seguro
10101201253210711010101011011	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
9-Plano			
POS REDE PRESTADORA			

13-Nome	15/02/1987	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA		() - .	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante VIVALI CENTRO ODONTOLOGICO	18-Número no CRO 26787	19-Uf PR	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	------------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	01071213121813121910171111
22-Nome do Contratado Executante	JHONATAN GASPARI
23-Número no CRO	26787
24-UF	PR
25-Código CINES	
Enviar - RX (1/F) 86200140-25	

26-Nome do Profissional Educante	27-Número do CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHONATAN GASPARI	26787	PR	(1) 81000421-RPSE

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 0	8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODONTICO	25		1	3 3 3	10 10	10 10 10		10 11 11 20		Thaís
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4	10 10	10 10 10		10 11 11 20		Thaís
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/11/20	<i>Paulo Sérgio</i>
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/11/20	<i>Paulo Sérgio</i>
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/11/20	<i>Paulo Sérgio</i>
53-Dia, local e Caminho de Empresa	10/11/20	<i>Paulo Sérgio</i>

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

[illegible]

2-N

397925
INTERCÂMBIOÍndice

48-Total Franquia / Co-participação

... que assina esse documento

Bromus.

77.385.239/0001-83



420243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 11/17/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8058689 7-Data Validade da Sentença 11/14/10 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121021532171961101010101010121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GABRIEL RONDA MUNSLLINGER

18/09/2007

15-Nome do titular do plano NATACIA REGINA RONDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI 18-Número no CRO 26788 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11021146121091810111

22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI

23-Número no CRO 26788

24-UF PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI

27-Número no CRO 26788

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
1-100	85110011961	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	161,1010	10,1010	117,1111	11/11/10	11/11/10	X Natacia	
2-100	85110011961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	161,1010	10,1010	117,1111	11/11/10	11/11/10	X Natacia	
3-100	85110011961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	161,1010	10,1010	117,1111	11/11/10	11/11/10	X Natacia	
4-100	85110011961	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	161,1010	10,1010	117,1111	11/11/10	11/11/10	X Natacia	
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 2144,1010 47-Valor Total R\$ 10,1010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

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

CLINICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.229/0001-83

2-NF



Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

02	11	01
----	----	----

49-Observação

2017/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



420242
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 11/210	4-Data de Autorização 11/17/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056686	7-Data Validade da Senha 11/14/10 12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102101215131217191611010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATACIA REGINA RONDA					
15-Data de Nascimento 15/11/1990					
16-Endereço 15/11/1990					
17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI					
18-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI					
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121141612101918101111					
20-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI					
21-Número no CRO 26788					
22-Número no CRO 26788					
23-Número no CRO 26788					
24-UF PR					
25-Código CIES PR					
26-Código CBO S PR					
27-Código CBO S PR					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Fraço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101	8511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	11	161,1010	10,1010			11/11/2011	Natácia	
2-11111												
3-11111												
4-11111												
5-11111												
6-11111												
7-11111												
8-11111												
9-11111												
10-11111												
11-11111												
12-11111												
13-11111												
14-11111												
15-11111												

43-Data Fim do Tratamento 11/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 161,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011 Natácia					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 Natácia					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Natácia					
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2011 Natácia					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



400515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10	4-Data de Autorização 10/11/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977682	7-Data Validade da Santa 11/01/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010120125311086310101012410121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITEL INDUSTRIA ELETRONICAS S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome JHENIFER CRISTINE DE GODOIS

31/10/2003

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano INDIANARA CRISTINA RONDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11012114621091810	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI

27-Número no CRO 26788	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	11	1611010	101010	101010	101010	11/11/20	101010	Jhenifer
2-10	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	11	1611010	101010	101010	101010	11/11/20	101010	Jhenifer
3-10	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	11	1611010	101010	101010	101010	11/11/20	101010	Jhenifer
4-11												
5-11												
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocêdente 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183,00	47-Valor Total R\$ 1010,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,10
--	---	--	-----------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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) 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 01/11/11, 11/11/11, Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/11, 11/11/11, Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/11, 11/11/11, Jhenifer	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/11, 11/11/11, Clíника Odontológica Gaspari & Bonetti S/S Ltda
---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.365.239/0001-83



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



1-Registro ANS 4068414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 11/2101	4-Data de Autorização 10/14/11 11/2101	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 79889883	7-Data Validade da Semana 12/10/10 11/211
---------------------------	---	---	------------------------	--	--

403232
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210215131161518191010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOUGLAS SAULO DA SILVA SILVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome DOUGLAS SAULO DA SILVA	06/04/1977	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS SAULO DA SILVA
-----------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416121091810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNEB
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101	8511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	6110101	01010101	51041111201				
2-1-1												
3-1-1												
4-1-1												
5-1-1												
6-1-1												
7-1-1												
8-1-1												
9-1-1												
10-1-1												
11-1-1												
12-1-1												
13-1-1												
14-1-1												
15-1-1												

43-Data Fim do Tratamento 04/11/2010	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 6110101	47-Valor Total R\$ 1010101	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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/10 P. Bruns	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/10 P. Bruns	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/10 P. Bruns	53-Data, local e Caminho da Empresa 04/11/10 P. Bruns
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



388035
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/10	4-Data de Autorização 10/14/11/12/10	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926527	7-Data Validade da Semina 13/01/12/12/10
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012102151311018161310101010141410131	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITELI INDUSTRIA ELETRONICAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA RIOS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARCUS FELLIPE RODRIGUES SANTOS
--------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416120191810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101811010101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134,1010	10,1010			10/11/11/20		produtoras
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prescrição / Tempo do Tratamento 09/11/12/11	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 34,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	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 c(e)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 09/11/12/11/2011 <i>Andressa Rios</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/12/11/2011 <i>Andressa Rios</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/12/11/2011 <i>Andressa Rios</i>	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/11/12/11/2011 <i>Andressa Rios</i>
--	--	--	---



408133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/4/11 11/2/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8009030	7-Data Validade da Semeta 12/7/10 11/2/11
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215131217191611010101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome GABRIEL RONDA MUNSLINGER	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano NATACIA REGINA RONDA
-------------------------------------	-------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110121141612101918101111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNIES PR	26-Código CBO S 26788	27-UF PR	28-Código CBO S 26788	29-UF PR	30-Código CBO S 26788	31-UF PR	32-Código CBO S 26788	33-UF PR	34-UF PR	35-UF PR	36-UF PR	37-UF PR	38-UF PR	39-UF PR	40-UF PR	41-UF PR	42-UF PR	43-UF PR	44-UF PR	45-UF PR	46-UF PR	47-UF PR	48-UF PR	49-UF PR	50-UF PR	51-UF PR	52-UF PR	53-UF PR	54-UF PR	55-UF PR	56-UF PR	57-UF PR	58-UF PR	59-UF PR	60-UF PR	61-UF PR	62-UF PR	63-UF PR	64-UF PR	65-UF PR	66-UF PR	67-UF PR	68-UF PR	69-UF PR	70-UF PR	71-UF PR	72-UF PR	73-UF PR	74-UF PR	75-UF PR	76-UF PR	77-UF PR	78-UF PR	79-UF PR	80-UF PR	81-UF PR	82-UF PR	83-UF PR	84-UF PR	85-UF PR	86-UF PR	87-UF PR	88-UF PR	89-UF PR	90-UF PR	91-UF PR	92-UF PR	93-UF PR	94-UF PR	95-UF PR	96-UF PR	97-UF PR	98-UF PR	99-UF PR	100-UF PR
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

29-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	30-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110121141612101918101111	31-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	32-Número no CRO 26788	33-UF PR	34-Código CBO S 26788	35-UF PR	36-Código CBO S 26788	37-UF PR	38-Código CBO S 26788	39-UF PR	40-Código CBO S 26788	41-UF PR	42-Código CBO S 26788	43-UF PR	44-Código CBO S 26788	45-UF PR	46-Código CBO S 26788	47-UF PR	48-Código CBO S 26788	49-UF PR	50-Código CBO S 26788	51-UF PR	52-Código CBO S 26788	53-UF PR	54-Código CBO S 26788	55-UF PR	56-Código CBO S 26788	57-UF PR	58-Código CBO S 26788	59-UF PR	60-Código CBO S 26788	61-UF PR	62-Código CBO S 26788	63-UF PR	64-Código CBO S 26788	65-UF PR	66-Código CBO S 26788	67-UF PR	68-Código CBO S 26788	69-UF PR	70-Código CBO S 26788	71-UF PR	72-Código CBO S 26788	73-UF PR	74-Código CBO S 26788	75-UF PR	76-Código CBO S 26788	77-UF PR	78-Código CBO S 26788	79-UF PR	80-Código CBO S 26788	81-UF PR	82-Código CBO S 26788	83-UF PR	84-Código CBO S 26788	85-UF PR	86-Código CBO S 26788	87-UF PR	88-Código CBO S 26788	89-UF PR	90-Código CBO S 26788	91-UF PR	92-Código CBO S 26788	93-UF PR	94-Código CBO S 26788	95-UF PR	96-Código CBO S 26788	97-UF PR	98-Código CBO S 26788	99-UF PR	100-Código CBO S 26788
--	--	---	---------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Fase	35-Cnd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010	8511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1611010	101010	101010	101010	101010	101010	Natácia
2-1111	11111111111111											
3-1111	11111111111111											
4-1111	11111111111111											
5-1111	11111111111111											
6-1111	11111111111111											
7-1111	11111111111111											
8-1111	11111111111111											
9-1111	11111111111111											
10-1111	11111111111111											
11-1111	11111111111111											
12-1111	11111111111111											
13-1111	11111111111111											
14-1111	11111111111111											
15-1111	11111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 10/11/11	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 1611010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	---

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 01/11/11/2011, Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/11/2011, Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/11/2011, Natácia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/11/2011, Pds Bronze
--	--	---	--

2-NF

420238
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
MARCELO DE CHAVES

025

NES

29-Código CBO S- Assinatura _____participação R...

Donec.



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/18/11/11/12/10	4-Data de Autorização 12/15/11/11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066324	7-Data Validade da Senha 11/16/11/01/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215131211071101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1101211461210918101111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNIES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX
------------------------	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante

MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
----------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101	815110102118	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OVF	11	1121210101	0,00	0,00	11/25/11/11/20			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento

12/15/11/11/20	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 1121210101	47-Valor Total R\$ 11010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11010101
----------------	--	---	--------------------------------------	--------------------------------	---

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 12/15/11/11/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/15/11/11/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/11/11/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11/11/20 [Assinatura]
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/11 10:12:10	4-Data de Autorização 12/7/11 11:22:10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977684	7-Data Validade da Semta 11/8/10 11:21:11
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012102151010101316191010101014101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11:11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome
ALINE BRANCALIONE

13/05/1986

15-Nome do titular do plano
ALINE BRANCALIONE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI
--------------------------	---

18-Número no CRO 26788	19-UF PR
---------------------------	-------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121141612101918101111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI
---	--

23-Número no CRO 26788	24-UF PR
---------------------------	-------------

25-Código CBO S	26-Código CBO S
-----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010185110101191611	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	1	161,1010	10,1010	10,1010	10,1010	11/11/11	2	
2-1010185110101191611	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	1	161,1010	10,1010	10,1010	10,1010	11/11/11	2	
3-1010185110101191611	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	1	161,1010	10,1010	10,1010	10,1010	11/11/11	2	
4-1010185110101191611												
5-1010185110101191611												
6-1010185110101191611												
7-1010185110101191611												
8-1010185110101191611												
9-1010185110101191611												
10-1010185110101191611												
11-1010185110101191611												
12-1010185110101191611												
13-1010185110101191611												
14-1010185110101191611												
15-1010185110101191611												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/11 11:11:11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
---	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

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(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Contato da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

GASPARI & BONETTI S/S LTDA

CNPJ 27.385.239/0001-83

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



409422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 12:10		4-Data de Autorização 10/11/11 12:10		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8014734		7-Data Validade da Santa 12/8/10 11/12/11		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 1010121021513128413191010101011011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MARCELO DE CHAVES												
14-Teléfono () - - - - -												
15-Nome do titular do plano MARCELO DE CHAVES												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI		18-Número no CRO 26788		19-UF PR		20-Código CRO S		025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416121019181011		22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI		23-Número no CRO 26788		24-UF PR		25-Código CNIES				
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI		27-Número no CRO 26788		28-UF PR		29-Código CRO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101	811010101016151	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
2-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
3-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
4-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
5-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
6-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
7-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
8-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
9-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
10-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
11-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
12-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
13-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
14-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
15-10101	8401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,1510101	10,10101	107,111120		10/11/11		<i>[Assinatura]</i>
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 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 1174,10101												
47-Valor Total R\$ 10131111120												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10131111120												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 20 <i>[Assinatura]</i>												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 20 <i>[Assinatura]</i>												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 20 <i>[Assinatura]</i>												
53-Data, local e Contorno da Empresa 10/11/11 20 <i>[Assinatura]</i>												

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



409422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4068414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/10/12/10	4-Data de Autocização 10/7/11/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014734	7-Data Validade da Semeta 12/8/10/11/21
---------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215131218141319101010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARCELO DE CHAVES	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano MARCELO DE CHAVES
------------------------------	-------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416120191810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101811010101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	134,1010	10,1010			11/07/11/11		<i>[Assinatura]</i>
2-1010181401010119181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		11	1315,1010	10,1010			11/07/11/11		<i>[Assinatura]</i>
3-1010181401010119181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		11	1315,1010	10,1010			11/07/11/11		<i>[Assinatura]</i>
4-1010181401010119181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		11	1315,1010	10,1010			11/07/11/11		<i>[Assinatura]</i>
5-1010181401010119181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		11	1315,1010	10,1010			11/07/11/11		<i>[Assinatura]</i>
6-1010181401010119181												
7-1010181401010119181												
8-1010181401010119181												
9-1010181401010119181												
10-1010181401010119181												
11-1010181401010119181												
12-1010181401010119181												
13-1010181401010119181												
14-1010181401010119181												
15-1010181401010119181												

43-Data Previsto Tempo do Tratamento 10/31/11/11	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 1174,1010	47-Valor Total R\$ 10131111,11	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10131111,11
---	---	--	-------------------------------------	-----------------------------------	--

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (e) os procedimentos descritos acima, e por mim assinados, (f) foram realizados (g) 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 Solidante 10/31/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/31/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/31/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/31/11/11
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



411419
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 11/210	4-Data de Autorização 10/06/11 11/210	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021986	7-Data Validade da Semeta 10/12/10 12/12/11
Dados do Beneficiário 8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E 11-Data Validade da Carteira 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 13-Nome YNGRED TAYMAR WALHANUIK PRESILAK 29/11/1994 14-7 telefone () 15-Nome do titular do plano YNGRED TAYMAR WALHANUIK PRESILAK					
Dados do Profissional Solicitante 16-Atendimento a RV MAYARA BONETTI 17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI 22-Nome do Contratado Exeunte MAYARA BONETTI 18-Número no CRO 26788 19-UF PR 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121146209180111 23-Número no CRO 26788 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exeunte MAYARA BONETTI 27-Número no CRO 26788 28-UF PR 29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010	81101010103101	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,1010	10,1010			10/11/11		
2-1010	853101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	16,1010	10,1010			10/11/11		
3-1010	853101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	16,1010	10,1010			10/11/11		
4-1010	853101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	16,1010	10,1010			10/11/11		
5-1010	853101010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	16,1010	10,1010			10/11/11		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 201	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 1178,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 201	53-Data, local e Campo da Empresa 10/11/11 201
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/11 11/12/10

4-Data de AutORIZAÇÃO
12/14/11 11/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8058679

7-Data Validade da Senha
11/14/10 12/11/11

420239
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101210121513121412131810101010111011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DEBORA REGINA VIEIRA

02/04/1986

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DEBORA REGINA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MAYARA BONETTI

18-Número no CRO
26788

19-UF
PR

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
110121141612101918101111

22-Nome do Contratado Executante
MAYARA BONETTI

23-Número no CRO
26788

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MAYARA BONETTI

27-Número no CRO
26788

28-UF
PR

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101	81101010101651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
2-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
3-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
4-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
5-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
6-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
7-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
8-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
9-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
10-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
11-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
12-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
13-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
14-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor
15-10101	81401010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35,10	10,10		11/11/11	20		X Debor

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/11/11 11/12/10

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

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1174,10

47-Valor Total R\$
10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,10

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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
12/11/11/12/10 *MAYARA BONETTI*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
12/11/11/12/10 *MAYARA BONETTI*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/11/12/10 *DEBORA REGINA VIEIRA*

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/11/12/10 *POSITIVE BOMES*

GASPARIN & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.285.229/0001-93
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
GASPARIN & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.285.229/0001-93