



547476  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2011 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2011 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8573463 | 7-Data Validade da Senha<br>09/10/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527911500022001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>COOP DE CREDITO POUPANCA E | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |                           |                                                             |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA | 14-Telefone<br>21/05/1987 | 15-Nome do titular do plano<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                           |                           |             |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                    |                                                        |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984 | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                          |                           |             |                 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 27-Número no CRO<br>28805 | 28-UF<br>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      | 11/10/2011            |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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-Operante<br>11/10/2011 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/10/2011 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/10/2011 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



559973  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>21/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8616998 | 7-Data Validade da Senha<br>19/08/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                              |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253814090000103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>BRUNO GOMES DE LIMA              |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>IVANILDA GOMES DE ARAUJO LIMA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                          |                                                           |                           |             |                                          |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ |                                                           | 27-Número no CRO<br>28805 | 28-UF<br>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      | 21/10/2012            |                    |               |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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<br>21/10/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>21/10/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>21/10/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



538439  
INTERCÂMBIO

|                          |                                          |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/01/04/21 | 4-Data de Autorização<br>03/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8539507 | 7-Data Validade da Senha<br>29/07/21 |
|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                      |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253711620000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>GIOVANA SOUZA BIOLADA            |                                | 14-Telefone<br>18/03/1997            | 15-Nome do titular do plano<br>GIOVANA SOUZA BIOLADA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                          |                                                           |                           |             |                 |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200158-26 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |                                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ |                                                           | 27-Número no CRO<br>28805 | 28-UF<br>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-        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 26              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 13/05/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>13/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



547616  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/21 | 4-Data de Autorização<br>11/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8573873 | 7-Data Validade da Senha<br>09/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                                             |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527911500022001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>COOP DE CREDITO POUPANCA E | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA      |                                | 14-Telefone<br>21/05/1987                | 15-Nome do titular do plano<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                          |                                                           |                           |             |                                          |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ |                                                           | 27-Número no CRO<br>28805 | 28-UF<br>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-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>11/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



570046  
INTERCÂMBIO

|                                              |                                       |                                          |                                                         |                                         |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>31/05/21 | 4-Data de Autorização<br>31/05/21        | 5-Serha<br>AUTORIZADO                                   | 6-Número da Guia Principal<br>8651403   | 7-Data Validade da Serha<br>29/08/21 |
| Dados do Beneficiário                        |                                       |                                          |                                                         |                                         |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202527911500009501 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>COOP DE CREDITO POUPANCA E | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número da Carteira Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>MARCOS LEANDRO DOMINGUES          |                                       | 14-Telefone<br>10/06/1987                | 15-Nome do titular do plano<br>MARCOS LEANDRO DOMINGUES |                                         |                                      |

|                                                          |                                                           |                           |                 |                 |                          |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento          |                                                           |                           |                 |                 |                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 27-Número no CRO<br>28805                                 | 28-UF<br>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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 31/05/21              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>31/05/21 <i>[Assinatura]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/05/21 <i>[Assinatura]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21 <i>[Assinatura]</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



547630  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/21 | 4-Data de Autorização<br>11/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8573903 | 7-Data Validade da Senha<br>09/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527911500022001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>COOP DE CREDITO POUPANCA E | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |                        |                                                             |
|-----------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA | 14-Telefone<br>( ) - - | 15-Nome do titular do plano<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA |
|-----------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                          |                                                           |                           |                 |                 |                          |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 27-Número no CRO<br>28805                                 | 28-UF<br>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         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 13              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 2         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 12              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 3         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 11              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 4         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 21              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 5         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 22              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 6         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 23              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 7         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 33              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 8         | 0081000243                | DIAGNOSTICO DE | 43              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 9         |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>272,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>11/10/15/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/10/15/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/10/15/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



553400  
INTERCÂMBIO

|                                                          |                                                           |                                          |                                                             |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21                     | 4-Data de Autorização<br>20/05/21        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                       | 6-Número da Guia Principal<br>8593938 | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                    |                                                           |                                          |                                                             |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202527911500022001             | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                            | 10-Empresa<br>COOP DE CREDITO POUPANCA E | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA                  |                                                           | 14-Telefone<br>21/05/1987                | 15-Nome do titular do plano<br>ANA LARICE MEDEIROS DE PAULA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento          |                                                           |                                          |                                                             |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 18-Número no CRO<br>28805                | 19-UF<br>PR                                                 | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02095585984       | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ    | 23-Número no CRO<br>28805                | 24-UF<br>PR                                                 | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO ANDRE RUIZ | 27-Número no CRO<br>28805                                 | 28-UF<br>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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 17              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/05/21              |                    |               |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 35              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/05/21              |                    |               |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/05/21              |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>244,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>20/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|