



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10	4-Data de Autorização 10/05/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8738912	7-Data Validade da Senha 12/12/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

596786
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010121025245200000328011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERSP GREMIO ESPORTIVO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
PAULO PEREIRA DE OLIVEIRA

17/05/1964

14-Teléfono
() () () () () ()

15-Nome do titular do plano
PAULO PEREIRA DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante
ANA CARLA DA COSTA LIMA

22-Nome do Contratado Executante

ANA CARLA DA COSTA LIMA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
05183581940

23-Número no CRO
6497

24-UF
MS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA CARLA DA COSTA LIMA

27-Número no CRO
6497

28-UF
MS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11		
2-0	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11		
3-0	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11		
4-0	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11		
5-0	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/10/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento ☐ 1-Total 2-Parcel	46-Total Quantidade US 2105,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/10/11

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 Carimbo de Empresa
05/10/11

CRN/OP 27522-6/0/MS 6497

Ana Carla C. Lima

Cirurgião Dentista



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2016	4-Data de Autorização 16/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8740498	7-Data Validade da Senha 12/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

597274
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202539009200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANILO CACERES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANILO CACERES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA	18-Número no CRO 6497	19-UF MS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05183581940	22-Nome do Contratado Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	23-Número no CRO 6497	24-UF MS	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	27-Número no CRO 6497	28-UF MS	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		12/04/2016		Elaine
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		12/04/2016		Elaine
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Pagamento Término do Tratamento 16/07/2017	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contraio. 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 16/07/2017	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/2017	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	---

Ana Carla C. Lima
Cirurgia Dentista
CRO/MS 6497



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 16:12:11	4-Data de Autorização 10/5/10 17:11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8754545	7-Data Validade da Senha 12/17/10 19:12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 8 5 8 9 9 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

ROZELI RAMOS CANDIDO REIS BERNARDES 28/11/1980 14- tripartite () -	15- Nome do titular do plano ROZELI RAMOS CANDIDO REIS BERNARDES
---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA
18-Número no CRO 6497	19-UF MS
20-Código CBO S	025 - Estruturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10 5 1 8 3 5 8 1 9 4 0
22-Nome do Contratado Executante	ANA CARLA DA COSTA LIMA
23-Número no CRO	6497
24-UF	MS
25-Código CNEC	

26-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	27-Número no CRO 6497	28-U/F MS	29-Código CBO S
--	---------------------------------	---------------------	-----------------

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

43-Data Prescrição Termino do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)tomaram 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 Cambio da Empresa
20/10/2011 Zil		20/10/2011 Zil	

ANA CARLA C. LIMA
 Cirurgião-Dentista
 CROPR 7532 - CPOA/S 6407

~~Ana Carla C. Lima
Cirurgia Dentista
CRO/PR 2752 - CRO/MS 6497~~