

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 9485/PR

Cirurgião Dentista: (17475) - ANA PAULA ROSA

| Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI |                                                           |          |            |           |               |            |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| Guia                                      | Nome                                                      | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
| 350773 - I                                | KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA<br>(0020252822600001002 )  |          | 04/08/2020 | 264       | 0.55          | R\$ 145,20 |
| 350773 - I                                | KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA<br>(0020252822600001002 )  |          | 04/08/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 350773 - I                                | KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA<br>(0020252822600001002 )  |          | 04/08/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 365175 - I                                | EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA<br>(00202526868200012003 )  |          | 27/08/2020 | 88        | 0.55          | R\$ 48,40  |
| 365175 - I                                | EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA<br>(00202526868200012003 )  |          | 27/08/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 365175 - I                                | EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA<br>(00202526868200012003 )  |          | 27/08/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 365175 - I                                | EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA<br>(00202526868200012003 )  |          | 27/08/2020 | 61        | 0.69          | R\$ 42,09  |
| 373355 - I                                | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   |          | 10/09/2020 | 264       | 0.55          | R\$ 145,20 |
| 373355 - I                                | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   |          | 10/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 373355 - I                                | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   |          | 10/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 373355 - I                                | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   |          | 10/09/2020 | 183       | 0.69          | R\$ 126,27 |
| 375152 - I                                | ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102 )          |          | 14/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 375152 - I                                | ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102 )          |          | 14/09/2020 | 122       | 0.69          | R\$ 84,18  |
| 375476 - I                                | ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR<br>(00202527314900000201 ) |          | 15/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 375476 - I                                | ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR<br>(00202527314900000201 ) |          | 15/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 375568 - I                                | ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102 )          |          | 15/09/2020 | 72        | 0.6           | R\$ 43,20  |
| 377232 - I                                | LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404 )           |          | 17/09/2020 | 176       | 0.55          | R\$ 96,80  |
| 377232 - I                                | LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404 )           |          | 17/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 377232 - I                                | LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404 )           |          | 17/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 377232 - I                                | LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404 )           |          | 17/09/2020 | 122       | 0.69          | R\$ 84,18  |
| 377776 - I                                | WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101 )           |          | 17/09/2020 | 122       | 0.43          | R\$ 52,46  |
| 377776 - I                                | WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101 )           |          | 17/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 377776 - I                                | WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101 )           |          | 17/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 377791 - I                                | SARA NAYANE FERNANDES FREIRE<br>(00202531934100000102 )   |          | 17/09/2020 | 88        | 0.55          | R\$ 48,40  |
| 377791 - I                                | SARA NAYANE FERNANDES FREIRE<br>(00202531934100000102 )   |          | 17/09/2020 | 179       | 0.6           | R\$ 107,40 |
| 377791 - I                                | SARA NAYANE FERNANDES FREIRE<br>(00202531934100000102 )   |          | 17/09/2020 | 244       | 0.69          | R\$ 168,36 |
| 377801 - I                                | NAYARA ELEUTERO DOS SANTOS<br>(00202532170500000102 )     |          | 17/09/2020 | 325       | 0.6           | R\$ 195,00 |
| 377801 - I                                | NAYARA ELEUTERO DOS SANTOS<br>(00202532170500000102 )     |          | 17/09/2020 | 183       | 0.69          | R\$ 126,27 |
| 380246 - I                                | PEDRO HENRIQUE DIAS VIEIRA (002025273149000005103 )       |          | 21/09/2020 | 106       | 0.6           | R\$ 63,60  |
| 380246 - I                                | PEDRO HENRIQUE DIAS VIEIRA (002025273149000005103 )       |          | 21/09/2020 | 183       | 0.69          | R\$ 126,27 |
| 380251 - I                                | GABRIELA MORAIS PEDRO (40641400000202852803 )             |          | 21/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 380251 - I                                | GABRIELA MORAIS PEDRO (40641400000202852803 )             |          | 21/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 380260 - I                                | JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805 )            |          | 21/09/2020 | 34        | 0.6           | R\$ 20,40  |
| 380260 - I                                | JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805 )            |          | 21/09/2020 | 140       | 0.64          | R\$ 89,60  |
| 380260 - I                                | JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805 )            |          | 21/09/2020 | 122       | 0.69          | R\$ 84,18  |

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: 29/10/2020 17:40

Página 1 de 4



|            |                                                           |            |     |      |            |
|------------|-----------------------------------------------------------|------------|-----|------|------------|
| 382559 - I | LAYS VITORIA SANTOS COSTA (00202526868200011702 )         | 24/09/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 382559 - I | LAYS VITORIA SANTOS COSTA (00202526868200011702 )         | 24/09/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 382559 - I | LAYS VITORIA SANTOS COSTA (00202526868200011702 )         | 24/09/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 382831 - I | RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS<br>(00202527314900004804 ) | 24/09/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 382831 - I | RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS<br>(00202527314900004804 ) | 24/09/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 387799 - I | ESTELA DA ROSA ZILLI (00202532435200000101 )              | 01/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 387799 - I | ESTELA DA ROSA ZILLI (00202532435200000101 )              | 01/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 387872 - I | RAFAEL LUDGERO PINHEIRO (00202531952100000104 )           | 01/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 387872 - I | RAFAEL LUDGERO PINHEIRO (00202531952100000104 )           | 01/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 387931 - I | JOAO VICTOR LUDGERO REBELO<br>(00202531952100000102 )     | 01/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 387937 - I | DAVID LUAN ZILLI FURQUIN (00202532435400000103 )          | 01/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 387937 - I | DAVID LUAN ZILLI FURQUIN (00202532435400000103 )          | 01/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 387942 - I | CLOVIS SANT ANA FERREIRA (00202532435400000102 )          | 01/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 387942 - I | CLOVIS SANT ANA FERREIRA (00202532435400000102 )          | 01/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 387942 - I | CLOVIS SANT ANA FERREIRA (00202532435400000102 )          | 01/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 387942 - I | CLOVIS SANT ANA FERREIRA (00202532435400000102 )          | 01/10/2020 | 73  | 0.82 | R\$ 59,86  |
| 389586 - I | RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS<br>(00202527314900004804 ) | 05/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 389972 - I | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   | 05/10/2020 | 122 | 0.43 | R\$ 52,46  |
| 389972 - I | ORDILEY MARTINS (00202528053100001204 )                   | 05/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 390002 - I | THAYLA CAMILLY BARBOZA OTT (00202532277300000102 )        | 05/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 390002 - I | THAYLA CAMILLY BARBOZA OTT (00202532277300000102 )        | 05/10/2020 | 106 | 0.6  | R\$ 63,60  |
| 390002 - I | THAYLA CAMILLY BARBOZA OTT (00202532277300000102 )        | 05/10/2020 | 183 | 0.69 | R\$ 126,27 |
| 390021 - I | THALLYS AUGUSTO BARBOZA OTT<br>(00202532277300000103 )    | 05/10/2020 | 106 | 0.6  | R\$ 63,60  |
| 390337 - I | ALICI DE ABREU BORBA (00202526868200011002 )              | 06/10/2020 | 106 | 0.6  | R\$ 63,60  |
| 390390 - I | VALDECIR PAGLIARI RONDINI (00202531013700000101 )         | 06/10/2020 | 122 | 0.43 | R\$ 52,46  |
| 392457 - I | JOAO VICTOR LUDGERO REBELO<br>(00202531952100000102 )     | 08/10/2020 | 72  | 0.6  | R\$ 43,20  |
| 392467 - I | RAFAEL LUDGERO PINHEIRO (00202531952100000104 )           | 08/10/2020 | 122 | 0.43 | R\$ 52,46  |
| 392467 - I | RAFAEL LUDGERO PINHEIRO (00202531952100000104 )           | 08/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 392713 - I | MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE<br>(00202526868200007201 )    | 08/10/2020 | 264 | 0.55 | R\$ 145,20 |
| 392713 - I | MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE<br>(00202526868200007201 )    | 08/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 392713 - I | MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE<br>(00202526868200007201 )    | 08/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 392713 - I | MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE<br>(00202526868200007201 )    | 08/10/2020 | 244 | 0.69 | R\$ 168,36 |
| 392740 - I | KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO<br>(00202532333900000102 )  | 08/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 392740 - I | KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO<br>(00202532333900000102 )  | 08/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 392740 - I | KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO<br>(00202532333900000102 )  | 08/10/2020 | 366 | 0.69 | R\$ 252,54 |
| 392806 - I | HELTON FLAVIO DA SILVA (00202526868200005301 )            | 08/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 392806 - I | HELTON FLAVIO DA SILVA (00202526868200005301 )            | 08/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 392806 - I | HELTON FLAVIO DA SILVA (00202526868200005301 )            | 08/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |

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: 29/10/2020 17:40



|            |                                                          |            |     |      |            |
|------------|----------------------------------------------------------|------------|-----|------|------------|
| 392838 - I | ESTELA DA ROSA ZILLI (00202532435200000101 )             | 08/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 396805 - I | JEAN VITOR CARDOSO RIBEIRO (00202526868200025403 )       | 15/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 396805 - I | JEAN VITOR CARDOSO RIBEIRO (00202526868200025403 )       | 15/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 396805 - I | JEAN VITOR CARDOSO RIBEIRO (00202526868200025403 )       | 15/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 396805 - I | JEAN VITOR CARDOSO RIBEIRO (00202526868200025403 )       | 15/10/2020 | 122 | 0.69 | R\$ 84,18  |
| 396911 - I | ANDREIA CARDOSO DA VEIGA RATTI (00202532618000000102 )   | 15/10/2020 | 122 | 0.43 | R\$ 52,46  |
| 396911 - I | ANDREIA CARDOSO DA VEIGA RATTI (00202532618000000102 )   | 15/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 396911 - I | ANDREIA CARDOSO DA VEIGA RATTI (00202532618000000102 )   | 15/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 396911 - I | ANDREIA CARDOSO DA VEIGA RATTI (00202532618000000102 )   | 15/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 396929 - I | ELIZIANE DA SILVA MENDES (00202524494800000702 )         | 15/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 396929 - I | ELIZIANE DA SILVA MENDES (00202524494800000702 )         | 15/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 396929 - I | ELIZIANE DA SILVA MENDES (00202524494800000702 )         | 15/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 397103 - I | ADILSON DIAS PINHEIRO (00202526943600000801 )            | 15/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 397103 - I | ADILSON DIAS PINHEIRO (00202526943600000801 )            | 15/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 397103 - I | ADILSON DIAS PINHEIRO (00202526943600000801 )            | 15/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 399706 - I | ANDREIA DA VEIGA CARDOSO RIBEIRO (00202526868200025402 ) | 20/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 401708 - I | JOAO PEDRO DE CASTRO (00202507710500217202 )             | 22/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 401708 - I | JOAO PEDRO DE CASTRO (00202507710500217202 )             | 22/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 401835 - I | ESTELA DA ROSA ZILLI (00202532435200000101 )             | 22/10/2020 | 88  | 0.55 | R\$ 48,40  |
| 401835 - I | ESTELA DA ROSA ZILLI (00202532435200000101 )             | 22/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 401875 - I | ANA PAULA DE OLIVEIRA BASTOS (00202532853800000101 )     | 22/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 401875 - I | ANA PAULA DE OLIVEIRA BASTOS (00202532853800000101 )     | 22/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 401875 - I | ANA PAULA DE OLIVEIRA BASTOS (00202532853800000101 )     | 22/10/2020 | 183 | 0.69 | R\$ 126,27 |
| 401900 - I | SANDRO DA CRUZ (00202526868200020203 )                   | 22/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 401900 - I | SANDRO DA CRUZ (00202526868200020203 )                   | 22/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 401900 - I | SANDRO DA CRUZ (00202526868200020203 )                   | 22/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 401914 - I | ANA BEATRIZ VEIGA RATTI (00202532618000000103 )          | 22/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 401914 - I | ANA BEATRIZ VEIGA RATTI (00202532618000000103 )          | 22/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 401914 - I | ANA BEATRIZ VEIGA RATTI (00202532618000000103 )          | 22/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |
| 401946 - I | TABITA CRISTINA DOS SANTOS RATTI (00202532618000000104 ) | 22/10/2020 | 34  | 0.6  | R\$ 20,40  |
| 401946 - I | TABITA CRISTINA DOS SANTOS RATTI (00202532618000000104 ) | 22/10/2020 | 140 | 0.64 | R\$ 89,60  |
| 401946 - I | TABITA CRISTINA DOS SANTOS RATTI (00202532618000000104 ) | 22/10/2020 | 61  | 0.69 | R\$ 42,09  |

## Totalizador por Operadora

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| N° de USOs:         | 11204        |
| N° de atendimentos: | 43           |
| Valor:              | R\$ 6.921,81 |

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

Guías: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 29/10/2020 17:40

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVENBRO/2020

**Totalizador**

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| N° de USOs:         | 11204        |
| N° de atendimentos: | 43           |
| Valor:              | R\$ 6.921,81 |

**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: 29/10/2020 17:40

Página 4 de 4





392740  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                       |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7945700 | 7-Data Validade da Senha<br>06/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                       |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202532333900000102         | 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>KAUANA CRISTINA DIAS DE MELLO             |                                                       | 14-Telefone<br>( ) 9741-7398         | 15-Nome do titular do plano<br>GIOVANIA TEIXEIRA DIAS |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                       |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                           | 20-Código CBO S                       | 414 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                           | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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         | 00810000065               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Kauana        |
| 2         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Kauana        |
| 3         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Kauana        |
| 4         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Kauana        |
| 5         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Kauana        |
| 6         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 21              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    | Kauana        |
| 7         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    | Kauana        |
| 8         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Kauana        |
| 9         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Kauana        |
| 10        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Kauana        |
| 11        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Kauana        |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                             |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/10/20 | 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>540,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 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>29/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/10/20 Kauana Melo | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/10/20 Kauana Melo |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|





377801  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>21/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7882583 | 7-Data Validade da Senha<br>16/12/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                             |                                |                                      |                                                               |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                       |                                | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                         |
| 8-Número da Carteira<br>0020253217050000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |                                                               |
| 13-Nome<br>NAYARA ELEUTERO DOS SANTOS       |                                | 14-Telefone<br>(11) 8411-0973        | 15-Nome do titular do plano<br>KELLY CRISTINA SANTOS ELEUTERO |
|                                             |                                | 06/12/2012                           |                                                               |

|                                                      |                                                       |                                                    |             |                 |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       | 18-Número no CRO<br>9485                           | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Alteramento e RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 23-Número no CRO<br>9485                           | 24-UF<br>PR | 25-Código CNEB  |                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA |             |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485                           | 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    |               |
| 2-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    |               |
| 3-        | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE      | 64              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/20              |                    |               |
| 4-        | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE      | 65              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/20              |                    |               |
| 5-        | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE      | 55              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/20              |                    |               |
| 6-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    |               |
| 7-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    |               |
| 8-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/10/20              |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>27/10/20 | 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>508,00 | 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>27/10/20 Luana Padeiros | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/10/20 Luana Padeiros | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>27/10/20 Kelly Cristina Santos Eleutero | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>27/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|





396805  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/20 | 4-Data de Autorização<br>16/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7962403 | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                     |                                                      |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200025403 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JEAN VITOR CARDOSO RIBEIRO        |                                | 14-Telefone<br>( ) 000-0041         | 15-Nome do titular do plano<br>SIDNEI SANTOS RIBEIRO |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  | Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S |                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Raiz | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|---------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |               |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD          |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE          |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE          |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID          |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 16            | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 7-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47            | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 8-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 45            | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 9-        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 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>384,00 | 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>22/10/20 Cinthia B | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Cinthia B | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Anderson | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Cinthia B |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

Dra. Ana Paula Ros  
Cirurgiã Dentista



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



**380246**  
INTERCÂMBIO

|                          |                                          |                                      |                       |                                       |                                         |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/09/20 | 4-Data de Autorização<br>12/11/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7891048 | 7-Data Validade da Senha<br>12/11/12/20 |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                    |                                                     |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000202527314900005103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA     | 10-Empresa<br>SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>PEDRO HENRIQUE DIAS VIEIRA         | 14-Telefone<br>13/01/2013<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANO PINTO VIEIRA |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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      | 22/09/20              |                    | Andréia       |
| 2-0084000090 |                           | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Andréia       |
| 3-0085100196 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 75              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Andréia       |
| 4-0085100196 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 85              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Andréia       |
| 5-0085100196 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 55              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Andréia       |
| 6-           |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-           |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-           |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-           |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-          |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                       |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                         |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>12/11/09/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>289,00 | 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>12/11/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>12/11/09/20 Andréia M. Dias | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>12/11/09/20 Odontologia Dentista CRO 9485 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|





377791  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                        |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/09/20                 | 4-Data de Autorização<br>21/09/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>7882547 | 7-Data Validade da Senha<br>16/12/20 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                        |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202531934100000102         | 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>SARA NAYANE FERNANDES FREIRE              |                                                       | 14-Telefone<br>04/03/2010            | 15-Nome do titular do plano<br>WANELLY COSTA FERNANDES |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                        |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                            | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                            | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 85100200          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | WPK           |
| 2         | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | WPK           |
| 3         | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE      | 75              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/10/20              |                    | WPK           |
| 4         | 00851000200               | RESTAURAÇÃO RESINA        | 36              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/10/20              |                    | WPK           |
| 5         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA        | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/20              |                    | WPK           |
| 6         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA        | 25              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/20              |                    | WPK           |
| 7         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA        | 24              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/10/20              |                    | WPK           |
| 8         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA        | 16              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/10/20              |                    | WPK           |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>511,00 | 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>26/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/10/20 WPK | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>26/10/20 Cirurgia Dentist CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|





392838  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>13/10/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>7946067 | 7-Data Validade da Senha<br>06/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202532435200000101         | 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>ESTELA DA ROSA ZILLI                      |                                                       | 14-Telefone<br>23/11/1985            | 15-Nome do titular do plano<br>ESTELA DA ROSA ZILLI |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                         | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                         | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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 | 45              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 13/10/20              |                    | Estela Rosa Zilli |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/10/20 | 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>61,00 | 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>13/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/20 Estela da Rosa Zilli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|





390021  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7934445 | 7-Data Validade da Senha<br>03/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                             |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532277300000103 | 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>THALLYS AUGUSTO BARBOZA OTT       |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |                 |                 |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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      | 08/10/20              |                    | Mariane       |
| 2-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Mariane       |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/10/20 | 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>106,00 | 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>08/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 Mariane Oliveira Barboza Ott | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 Ana Paula Rosa |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Cirurgiã Dentista  
CRO 9485





375568  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2017 | 4-Data de Autorização<br>17/09/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7872131 | 7-Data Validade da Senha<br>14/12/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                             |  |                                |                                      |                                                      |                                       |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                       |  | 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 |
| 8-Número da Carteira<br>0020252541440000102 |  |                                | 14-Telefone<br>( ) 8420-1484         | 15-Nome do titular do plano<br>IZABELA SOUZA DA CRUZ |                                       |
| 13-Nome<br>ANNA JULIA SOUZA MARTINS         |  | 18/05/2007                     |                                      |                                                      |                                       |

|                                                      |                                                       |                                                    |             |                 |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       | 18-Número no CRO<br>9485                           | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 23-Número no CRO<br>9485                           | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA |             |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485                           | 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-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 |        | 17/09/2017            |                    | Izabela       |
| 2-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/09/2017 | 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>72,00 | 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>17/09/2017 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/09/2017 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/09/2017 Izabela | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>17/09/2017 DENTAL UNI COOPERATIVA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|





390002  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                                    |                                      |                                                             |                                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20                  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>7934439                       | 7-Data Validação da Senha<br>03/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                                    |                                      |                                                             |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>0020253227730000102          |                                                       | 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>THAYLA CAMILLY BARBOZA OTT                |                                                       |                                                    | 14-Telefone<br>23/06/2008            | 15-Nome do titular do plano<br>MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                                    |                                      |                                                             |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA |                                                    | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                                 | 20-Código CBO S                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                                 | 25-Código CNES                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       |                                                    | 27-Número no CRO<br>9485             | 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 08/10/20              |                    | Mariane       |
| 2-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 |        | 08/10/20              |                    | Mariane       |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 22/10/20              |                    | Mariane       |
| 4-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 22/10/20              |                    | Mariane       |
| 5-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 46              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 13/10/20              |                    | Mariane       |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA        | 36              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 22/10/20              |                    | Mariane       |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>377,00 | 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>22/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Mariane Oliveira Barboza Ott | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Ana Paula Rosa |





392457  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20 | 4-Data de Autorização<br>13/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7944618 | 7-Data Validade da Senha<br>06/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531952100000102 | 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>JOAO VICTOR LUDGERO REBELO        |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>FERNANDA LUDGERO DA SILVA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |                 |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/10/20 | 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>72,00 | 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 Contratado Solicitante<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/20 Fernanda Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/10/20 DENTAL UNI |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

Dra. Ana Paula Rosa  
Odontologista





389586  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7932356 | 7-Data Validade da Senha<br>03/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                             |                                                      |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527314900004804 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS    |                                | 14-Telefone<br>05/10/2003                   | 15-Nome do titular do plano<br>JONH BRITES GONCALVES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 22              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 08/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/10/20 | 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>61,00 | 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>08/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 J. Gonçalves | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





399706  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                   |                                                      |                                       |                                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>22/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                | 6-Número da Guia Principal<br>7973860 | 7-Data Validação da Senha<br>18/01/21 |
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200025402         |                                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA    | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANDREIA DA VEIGA CARDOSO RIBEIRO          |                                                       | 14-Telefone<br>07/10/1984         | 15-Nome do titular do plano<br>SIDNEI SANTOS RIBEIRO |                                       |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                   |                                                      |                                       |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485          | 19-UF<br>PR                                          | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485          | 24-UF<br>PR                                          | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 85100200           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485          | 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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 34              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 22/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 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>88,00 | 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>22/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 |

Dra. Ana Paula Rosa  
Cirurgiã Dentista  
CBO 0005





389972  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7934402 | 7-Data Validade da Série<br>03/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                            |  |                                     |                                     |                                                       |                                         |
|----------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 8-Dados do Beneficiário    |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA      | 10-Empresa<br>MARIA VENITA LIPORINI | 11-Data Validade de Carência<br>/ /                   | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ORDILEY MARTINS |  | 14-Data de Nascimento<br>18/09/1982 | 15-Telefone<br>( ) -                | 16-Nome do titular do plano<br>SANDRA VENITA LIPORINI |                                         |

|                                                      |  |                                                       |                          |                 |                                            |
|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| 18-Abandono e RN<br>N                                |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP<br>78216168934   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (j) 85100218 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |  | 27-Número no CRO<br>9485                              | 28-UF<br>PR              | 29-Código CBO S |                                            |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Raio | 34-Face | 35-Qnt | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aux | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Classe | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|---------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 35            | ODV     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 08/10/20              |                     | Ordilex       |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 33            | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 08/10/20              |                     | Ordilex       |
| 3-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                          |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>08/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Gratuito 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Pagamento<br>1-Total 2-Parcel | 46-Total Quantidade US<br>183,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que 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<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 Ordilex Martins | 53-Data, local e Contato da Empresa<br>08/10/20 Sandra Venita Liporini |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|





390337  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>08/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7935529 | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/2013 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                     |                                                       |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200011002 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ALICI DE ABREU BORBA              |                                | 14-Telefone<br>( ) 3432-0511        | 15-Nome do titular do plano<br>ADRIANA DE ABREU BORBA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / GNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 28-UF<br>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-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      | 08/10/20              |                    |               |
| 2         | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    |               |
| 3         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>08/10/20 | 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>106,00 | 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<br>Alterada a Guia de temporária para definitiva. |
|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                       |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cópia-Donatário Solidante<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cópia-Donatário Solidante<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|





365175  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/08/20 | 4-Data de Autorização<br>27/08/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7826482 | 7-Data Validade da Senha<br>25/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                     |                                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 8-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 6-Número da Carteira<br>00202526868200012003 |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -   |                                     | 15-Nome do titular do plano<br>HELEN CRISTINA RAMOS |                                       |
| 13-Nome<br>EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA     |  | 22/10/1998                     |                                     |                                                     |                                       |

|                                                      |                                                       |                                                    |             |                 |                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       | 16-Número no CRO<br>9485                           | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO 5 | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 23-Número no CRO<br>9485                           | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  | Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA |             |                 |                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485                           | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO 3 |                             |

| 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      | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20              |                    | Evelyn        |
| 2-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20              |                    | Evelyn        |
| 3-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20              |                    | Evelyn        |
| 4-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20              |                    | Evelyn        |
| 5-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20              |                    | Evelyn        |
| 6-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | Evelyn        |
| 7-00      | 85100200                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/09/20              |                    | Evelyn        |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/09/20 | 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>323,00 | 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>17/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/09/20 Evelyn | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>17/09/20 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|





401835  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/11/2020               | 4-Data de Autorização<br>22/11/2020  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>7982881 | 7-Data Validade da Senha<br>20/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202532435200000101         | 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>ESTELA DA ROSA ZILLI                      |                                                       | 14-Telefone<br>23/11/1985            | 15-Nome do titular do plano<br>ESTELA DA ROSA ZILLI |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                     |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                         | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                         | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 85100200          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 34              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/11/20              |                    | Estela Rosa Zilli |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/11/20              |                    | Estela Rosa Zilli |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/11/2020 | 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>149,00 | 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>22/11/2020 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/11/2020 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/11/2020 Estela da Rosa Zilli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/11/2020 DENTAL UNI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|





401875  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/20 | 4-Data de Autorização<br>22/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7983029 | 7-Data Validade da Senha<br>20/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532853800000101 | 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>ANA PAULA DE OLIVEIRA BASTOS | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Data de Nascimento<br>18/12/1980 | 16-Data Validade da Carteira<br>/ / | 17-Nome do titular do plano<br>ANA PAULA DE OLIVEIRA BASTOS |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                       |                          |             |                                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 18-Atendimento e RN<br>N | 19-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 20-Número no CRO<br>9485 | 21-UF<br>PR | 22-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|

|                                                    |                                                    |                          |             |                |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|
| 23-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934 | 24-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA | 25-Número no CRO<br>9485 | 26-UF<br>PR | 27-Código CNES |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|

|                                                      |                          |             |                 |
|------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 28-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 29-Número no CRO<br>9485 | 30-UF<br>PR | 31-Código CBO S |
|------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 12              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 11              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    |               |
| 8         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 21              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/10/20 | 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>357,00 | 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  
Imagens analisadas

|                                                                                          |                                                                              |                                                                                      |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>29/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/10/20 Ana Paula Rosa | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/10/20 Ana Paula Rosa |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





401946  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/20 | 4-Data de Autorização<br>22/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7983263 | 7-Data Validade da Senha<br>20/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                    |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532618000000104 | 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>TABITA CRISTINA DOS SANTOS RATTI  |                                | 14-Telefone<br>17/04/2004            | 15-Nome do titular do plano<br>ALEX FERNANDO RATTI |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                                |                                                                                 |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>235,00 | 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>22/10/20 Luciane Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Luciane Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Andreia C. Ratti | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 DENTAL UNI COOP<br>9485 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|





401914  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                    |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>22/10/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                              | 6-Número da Guia Principal<br>7983226 | 7-Data Validade da Senha<br>20/10/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                    |                                       |                                      |
| 8-Número de Carteira<br>00202532618000000103         | 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>ANA BEATRIZ VEIGA RATTI                   |                                                       | 14-Telefone<br>08/02/2010            | 15-Nome do titular do plano<br>ALEX FERNANDO RATTI |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                    |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                        | 20-Código CBO S                       | 025 - Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                        | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 2-        | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 3-        | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 4-        | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 5-        | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 6-        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Andreia       |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 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>235,00 | 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>22/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Andreia cv. Ratti | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Cirurgiã Dentista CRO 9485 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





392713  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7945598 | 7-Data Validade de Senha<br>06/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                     |                                                            |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200007201 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE       |                                | 14-Telefone<br>( ) -                | 15-Nome do titular do plano<br>MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                                                              |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa                                     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>Envia - RX<br>(I) 85100200<br>(I) 85100200<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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         | 00810000065               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 2         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 3         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 4         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 5         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 6         | 00851000200               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 25              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 7         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Marianee      |
| 8         | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 21              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    | Marianee      |
| 9         | 00851000200               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 11              | MD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    | Marianee      |
| 10        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 12              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    | Marianee      |
| 11        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 13              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Marianee      |
| 12        | 00851000200               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 14              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Marianee      |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 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>682,00 | 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>22/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Marianee Garcia Albuquerque | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





350773  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/10/20 | 4-Data de Autorização<br>04/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7759261 | 7-Data Validade da Senha<br>02/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                             |                                |                                        |                                     |                                       |
|-----------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>0020252822600001002 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>SUPERMERCADO PAGUE MENOS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                           |                      |                                                                 |
|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>FRANCISCO ELIEZER ALVES DE SOUZA |
|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                                                               |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento e RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(I) 85100200<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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      | 04/08/20              |                    | Katia         |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/20              |                    | Katia         |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/20              |                    | Katia         |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/20              |                    | Katia         |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIH            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/20              |                    | Katia         |
| 6         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 16              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/08/20              |                    | Katia         |
| 7         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 27              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Katia         |
| 8         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 26              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Katia         |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>19/10/20 | 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>438,00 | 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>19/10/20 Katia | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/10/20 Francisco Eliezer Alves de Souza | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>19/10/20 Cirurgião Dentista CRO 9485 |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|





397103  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                          |                                                      |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>16/10/20        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                | 6-Número da Guia Principal<br>7963676 | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                          |                                                      |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202526943600000801         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        | 10-Empresa<br>SERVICO AUTONOMO MUNICIPAL | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>ADILSON DIAS PINHEIRO                     |                                                       | 14-Telefone<br>( ) - -                   | 15-Nome do titular do plano<br>ADILSON DIAS PINHEIRO |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                          |                                                      |                                       |                                      |
| 16-Atendimento e RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485                 | 19-UF<br>PR                                          | 20-Código CBO S<br>025 -              | Faturar Empresa                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485                 | 24-UF<br>PR                                          | 25-Código CNES<br>(I) 85100200        | Enviar - RX                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485                 | 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/20              |                    |               |
| 6         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 15              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/10/20              |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/10/20 | 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>262,00 | 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>26/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>26/10/20 Cirurgião Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|





387931  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7926154 | 7-Data Validade da Senha<br>30/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531952100000102 | 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>JOAO VICTOR LUDGERO REBELO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>FERNANDA LUDGERO DA SILVA |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |                 |                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20 | 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 Solicitante<br>08/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|





392467  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20 | 4-Data de Autorização<br>13/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7944672 | 7-Data Validade da Senha<br>06/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                    |  |                                |                                                          |                                     |                                       |
|------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Dados do Beneficiário            |  | 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>RAFAEL LUDGERO PINHEIRO |  | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>FERNANDA LUDGERO DA SILVA |                                     |                                       |

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |                                                                         |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(I) 85100218 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |                                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | Paula         |
| 2-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | OVD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | Paula         |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>210,00 | 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 Operador-Dentista Solicitante<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>13/10/20 Jonathan | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/10/20 Ana Paula Rosa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|





387872  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7925910 | 7-Data Validade da Senha<br>30/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531952100000104 | 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>RAFAEL LUDGERO PINHEIRO           |                                | 14-Telefone<br>30/03/2004            | 15-Nome do titular do plano<br>FERNANDA LUDGERO DA SILVA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento e RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Jarob.        |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Jarob.        |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Jarob.        |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Jarob.        |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Jarob.        |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/10/20 | 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>174,00 | 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>08/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)<br>08/10/20 Jarob. | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 Dental Uni |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|





396911  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                            |                                       |                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>19/10/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                      | 6-Número da Guia Principal<br>7962885 | 7-Data Validação da Senha<br>13/01/21       |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                            |                                       |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>0020253261800000102          | 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>ANDREIA CARDOSO DA VEIGA RATTI            |                                                       | 14-Telefone<br>( ) 8700-0717         | 15-Data de validade do plano<br>30/05/1986 |                                       |                                             |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                            |                                       |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(I) 85100218 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Andreia       |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Andreia       |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Andreia       |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Andreia       |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Andreia       |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 31              | MI      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Andreia       |
| 7-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | OML     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 29/10/20              |                    | Andreia       |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/10/20 | 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>384,00 | 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>29/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/10/20 Andreia | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/10/20 CRO 9485 |





377232  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                   |                                            |                                                               |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/09/20 | 4-Data de Autorização<br>21/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                      | 6-Número da Guia Principal<br>7879949                         | 7-Data Validade da Senha<br>16/12/20 |
| 8-Número da Carteira<br>0020252910490000404<br>9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA<br>10-Empresa<br>SBRISIA E CIA LTDA<br>11-Data Validade da Carteira<br>____/____/____<br>12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                                   |                                            |                                                               |                                      |
| 13-Nome<br>LOHANA DE PAULA BATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                   | 14-Telefone<br>08/08/2004<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>JESSICA GOMES CORREIA DE PAULA |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N<br>17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA<br>18-Número no CRO<br>9485<br>19-UF<br>PR<br>20-Código CBO S<br>025 -<br>21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934<br>22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA<br>23-Número no CRO<br>9485<br>24-UF<br>PR<br>25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA<br>27-Número no CRO<br>9485<br>28-UF<br>PR<br>29-Código CBO S<br>(I) 85100200 |                                       |                                   |                                            |                                                               |                                      |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | Jessica       |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | Jessica       |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | Jessica       |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | Jessica       |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                    | Jessica       |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Jessica       |
| 7         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 16              | OP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Jessica       |
| 8         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Jessica       |
| 9         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Jessica       |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                                   |                                                                           |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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>472,00                                          | 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<br>Imagens analisadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                   |                                                                           |                            |                                                 |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>22/10/20 Ana Paula Ros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Ros                                | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>22/10/20 Jessica Gomes | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Ana Paula Ros<br>CRO 9485 |                            |                                                 |





382831  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>24/09/20 | 4-Data de Autorização<br>25/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7904547 | 7-Data Validade da Senha<br>23/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                             |                                                      |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527314900004804 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS    |                                | 14-Telefone<br>( ) -                        | 15-Nome do titular do plano<br>JONH BRITES GONCALVES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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 ODONTOLOGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 25/09/20              |                    |               |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 25/09/20              |                    |               |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 25/09/20              |                    |               |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 25/09/20              |                    |               |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 25/09/20              |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>25/09/20 | 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>174,00 | 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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

|                                                                                          |                                                                              |                                                                                       |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>25/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/09/20 Rhuan Cristiane | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/09/20 Ana Paula Rosa |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Dra. Ana Paula Rosa  
Cirurgiã Dentista  
CRO 9485





390390  
INTERCÂMBIO

|                                                       |                                       |                                                    |                                |                                                          |                                      |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                              | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/20 | 4-Data de Autorização<br>08/10/20                  | 5-Senha<br>AUTORIZADO          | 6-Número da Guia Principal<br>7935779                    | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/21 |
| 8-Número da Carteira<br>00202531013700001011          |                                       |                                                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                     | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 13-Nome<br>VALDECIR PAGLIARI RONDINI                  |                                       |                                                    | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>VALDECIR PAGLIARI RONDINI |                                      |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                 |                                       |                                                    |                                |                                                          |                                      |
| 16-Atendimento a RV<br>N                              |                                       |                                                    |                                |                                                          |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA |                                       | 18-Número no CRO<br>9485                           |                                | 19-UF<br>PR                                              |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934    |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa                 |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA  |                                       | 27-Número no CRO<br>9485                           |                                | 24-UF<br>PR                                              |                                      |
|                                                       |                                       |                                                    |                                | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (I) 85100218               |                                      |
|                                                       |                                       |                                                    |                                | 28-UF<br>PR                                              |                                      |
|                                                       |                                       |                                                    |                                | 29-Código CBO S                                          |                                      |

| 30-Tabella | 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-         | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 25              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    | Valdecir      |
| 2-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 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>08/10/20 Ana Paula Ros | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 Ana Paula Ros | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 Valdecir | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|





387799  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/20 | 4-Data de Autorização<br>01/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7925449 | 7-Data Validade da Senha<br>30/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                     |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532435200000101 |  | 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>ESTELA DA ROSA ZILLI              |  | 14-Telefone<br>23/11/1985      | 15-Nome do titular do plano<br>ESTELA DA ROSA ZILLI |                                     |                                       |

|                                                      |                                                       |                          |             |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    | Estela da Rosa Zilli |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    | Estela da Rosa Zilli |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    | Estela da Rosa Zilli |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    | Estela da Rosa Zilli |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    | Estela da Rosa Zilli |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>01/10/20 | 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>174,00 | 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>01/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>01/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/10/20 Estela da Rosa Zilli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>01/10/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





387942  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/20 | 4-Data de Autorização<br>05/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7926434 | 7-Data Validade da Senha<br>30/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                             |  |                                |                                      |                                                   |                                       |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253243540000102 |  | 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>CLOVIS SANT ANA FERREIRA         |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>AMANDA LUANA ZILLI |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S |

025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Clovis        |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Clovis        |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Clovis        |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Clovis        |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Clovis        |
| 6-        | 00851000200               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Clovis        |
| 7-        | 00820000859               | EXODONTIA DE RAIZ     | 12              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/20              |                    | Clovis        |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/20 | 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>335,00 | 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>22/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/20 Clovis Ferreira | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/20 Cirurgião Assistente CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



401900  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/20                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>28/10/20                                            |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8002869                                                |        | 7-Data Validade da Senha<br>20/10/21                                       |                    |                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200020203                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                               |        | 10-Empresa<br>MUNICIPIO DE ANTONINA         |          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                  |        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                      |                    |                                         |  |
| 13-Nome<br>SANDRO DA CRUZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        | 14-Telefone<br>13/10/1978                   |          | 15-Nome do titular do plano<br>JANAINA DA CRUZ MARTINS                               |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA                                                      |                 |                                                                              |        | 18-Número no CRO<br>9485                    |          | 19-UF<br>PR                                                                          |        | 20-Código CBO S<br>414 - Faturar Empresa                                   |                    |                                         |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA                           |        | 23-Número no CRO<br>9485                    |          | 24-UF<br>PR                                                                          |        | 25-Código CNES                                                             |                    |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        | 27-Número no CRO<br>9485                    |          | 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      | 28/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HASD            |                                                                              | 1      | 35,00                                       | 0,00     |                                                                                      | S      | 28/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HASE            |                                                                              | 1      | 35,00                                       | 0,00     |                                                                                      | S      | 28/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HAIE            |                                                                              | 1      | 35,00                                       | 0,00     |                                                                                      | S      | 28/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HAID            |                                                                              | 1      | 35,00                                       | 0,00     |                                                                                      | S      | 28/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 27              | O                                                                            | 1      | 61,00                                       | 0,00     |                                                                                      | S      | 29/10/20                                                                   |                    | Donato                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/10/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 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>235,00                                                     |        | 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<br>Alterada a Guia de temporaria para definitiva (Beneficiário).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                            |                 |                                                                              |        |                                             |          |                                                                                      |        |                                                                            |                    |                                         |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>29/10/20 Ana Paula Rosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/10/20 Ana Paula Rosa |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/10/20 Sandro da Cruz |        | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/10/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |                    |                                         |  |





387937  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                      |                                                   |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>05/10/20    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                             | 6-Número da Guia Principal<br>7926192 | 7-Data Validade da Senha<br>30/12/20 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                      |                                                   |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>0020253243540000103          | 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>DAVID LUAN ZILLI FURQUIN                  |                                                       | 14-Telefone<br>07/10/2007            | 15-Nome do titular do plano<br>AMANDA LUANA ZILLI |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                      |                                                   |                                       |                                      |
| 16-Atendimento e RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485             | 19-UF<br>PR                                       | 20-Código CBO S                       | 025 - Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485             | 24-UF<br>PR                                       | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485             | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Ana Paula Rosa |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Ana Paula Rosa |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Ana Paula Rosa |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Ana Paula Rosa |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    | Ana Paula Rosa |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/10/20 | 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>174,00 | 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>05/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/10/20 Amanda Luana Zilli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/10/20 Dental Uni Cooperativa |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|





377776  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                     |                                      |                                                        |                                        |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/10/2019               | 4-Data de Autorização<br>21/10/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>7882489                  | 7-Data Validade da Senha<br>16/12/2019 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                     |                                      |                                                        |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202531934100000101         |                                                       | 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>WANELLY COSTA FERNANDES                   |                                                       |                                     | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>WANELLY COSTA FERNANDES |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                     |                                      |                                                        |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485            | 19-UF<br>PR                          | 20-Código CBO S                                        | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485            | 24-UF<br>PR                          | 25-Código CNES                                         | Enviar - RX<br>(I) 85100218            |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485            | 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      | 21/10/2019            |                    |               |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/2020            |                    |               |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/2020            |                    |               |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/2020            |                    |               |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/10/2020            |                    |               |
| 6-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 25              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 26/10/2020            |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/11/2020 | 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>296,00 | 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>26/11/2020 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/11/2020 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/11/2020 Wanelly Costa Fernandes | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>26/11/2020 Cirurgião Dentista CRO 9485 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|





401708  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>22/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7982332 | 7-Data Validade da Senha<br>20/01/2013 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                         |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202507710500217202 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ASSOCIACAO DOS SERVIDORES | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JOAO PEDRO DE CASTRO              |                                | 14-Telefone<br>20/04/1987               | 15-Nome do titular do plano<br>DELARIANE DE CASTRO SILVA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |                 |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/10/2012            |                   | João          |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/2012            |                   | João          |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/2012            |                   | João          |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/2012            |                   | João          |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/10/2012            |                   | João          |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/10/2012 | 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>174,00 | 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>22/10/2012 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/2012 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/2012 João Pedro de Castro | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/10/2012 Associação dos Servidores |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|





396929  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                   |                                                           |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>19/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                     | 6-Número da Guia Principal<br>7962928 | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                   |                                                           |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202524494800000702         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        | 10-Empresa<br>CASA TONET LOJA DE  | 11-Data Validade da Carteira<br>//                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>ELIZIANE DA SILVA MENDES                  |                                                       | 14-Telefone<br>29/03/1973         | 15-Nome do titular do plano<br>VITOR TOBIAS MENDES JUNIOR |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                   |                                                           |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485          | 19-UF<br>PR                                               | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485          | 24-UF<br>PR                                               | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(1) 85100200          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485          | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 2-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 17              | MO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 6-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/10/20              |                    | Eliziane      |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>19/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>262,00 | 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>19/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/10/20 Eliziane Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>19/10/20 Casa Tonet Loja de |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|





373355  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/09/2012 | 4-Data de Autorização<br>14/09/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7861790 | 7-Data Validade da Senha<br>09/12/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                       |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MARIA VENITA LIPORINI                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>00202528053100001204 |  |                                |                                                       |                                     |                                       |
| 13-Nome<br>ORDILEY MARTINS                   |  | 14-Telefone<br>18/09/1982      | 15-Nome do titular do plano<br>SANDRA VENITA LIPORINI |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                                               |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S<br>(I) 85100200               |

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 Cliqua | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/09/20              |                     | Ordilex       |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                     | Ordilex       |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                     | Ordilex       |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                     | Ordilex       |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                     | Ordilex       |
| 6         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 11 MD           |         | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/09/20              |                     | Ordilex       |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 12 M            |         | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/09/20              |                     | Ordilex       |
| 8         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 21 MD           |         | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/09/20              |                     | Ordilex       |
| 9         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22 M            |         | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                     | Ordilex       |
| 10        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 14 V            |         | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                     | Ordilex       |
| 11        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 26 MP           |         | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                     | Ordilex       |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>621,00 | 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>05/10/20 Anapaula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/10/20 Anapaula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/10/20 Ordilex | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/10/20 Anapaula Rosa<br>Cirurgião Dentista<br>CRO 9485 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|





380251  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/11/2019 | 4-Data de Autorização<br>22/11/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7891077 | 7-Data Validade da Senha<br>20/12/20 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                                    |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202507995100000103 | 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>GABRIELA MORAIS PEDRO             | 14-Telefone<br>22/11/1998      | 15-Nome do titular do plano<br>TANIA REGINA MORAIS |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |                 |                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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      | 22/09/20              |                    | CMP           |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | CMP           |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | CMP           |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | CMP           |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIH            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | CMP           |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>22/09/20 | 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>174,00 | 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>22/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/09/20 CMP | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/09/20 Cirurgiã Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





382559  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>24/09/20 | 4-Data de Autorização<br>25/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7903272 | 7-Data Validade da Senha<br>23/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                                         |  |                                |                                                               |                                     |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Dados do Beneficiário<br>9-Número da Carteira<br>00202526868200011702 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICÍPIO DE ANTONINA                           | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LAYS VITORIA SANTOS COSTA                                    |  | 14-Telefone<br>14/02/2006      | 15-Nome do titular do plano<br>TONIA DEBORA LIMA SANTOS COSTA |                                     |                                       |

|                                                      |  |                                                       |                          |                 |                                               |
|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |  | 27-Número no CRO<br>9485                              | 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | 2 Days        |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>25/09/20 | 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>262,00 | 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<br>Alterada a Guia de temporária para definitiva. |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                          |                                                                              |                                                                                                      |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>25/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/09/20 Tonia Debora Lima Santos Costa | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/09/20 Cirurgião Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|





380260  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>22/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7891102 | 7-Data Validade da Senha<br>20/11/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                      |                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025079951000001015 | 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>JANAINA ABILHOA MORAIS             |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>TANIA REGINA MORAIS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                      |                                                       |                          |             |                 |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNEB  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485 | 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 |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Janaína       |
| 2-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Janaína       |
| 3-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Janaína       |
| 4-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Janaína       |
| 5-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIH            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | Janaína       |
| 6-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | Janaína       |
| 7-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    | 34              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/09/20              |                    | Janaína       |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>25/09/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>296,00 | 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>25/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/09/20 Janaína Morais | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/09/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





375476  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                         |                                     |                                                       |                                                               |                                        |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2019 | 4-Data de Autorização<br>15/10/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7871563                         | 7-Data Validade da Senha<br>14/12/2019 |
| 8-Número da Carteira<br>0020252731490000201          |                                         |                                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        | 10-Empresa<br>SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |
| 13-Nome<br>ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR            |                                         |                                     | 14-Telefone<br>( ) -                                  | 15-Nome do titular do plano<br>ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             |                                         |                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485                                      | 19-UF<br>PR                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                         |                                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485                                      | 24-UF<br>PR                            |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                         |                                     | 27-Número no CRO<br>9485                              | 28-UF<br>PR                                                   | 29-Código CBO S                        |
| 20-Código CBO S                                      |                                         |                                     | 025 -<br>Faturar Empresa                              |                                                               |                                        |

| 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 Closs | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    |               |
| 2         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    |               |
| 3         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    |               |
| 4         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    |               |
| 5         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIID           |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>15/09/20 | 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>174,00 | 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>15/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/09/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>15/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>15/09/20 Cirurgia Dentista CRO 9485 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|





375152  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/09/20 | 4-Data de Autorização<br>15/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7870146 | 7-Data Validade da Senha<br>13/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                             |  |                                                      |                                         |                                     |                                       |
|---------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                       |  | 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 |
| 8-Número da Carteira<br>0020252541440000102 |  |                                                      |                                         |                                     |                                       |
| 13-Nome<br>ANNA JULIA SOUZA MARTINS         |  | 14-Telefone<br>( ) 8420-1484                         | 15-Data Validade da Senha<br>18/05/2007 |                                     |                                       |
|                                             |  | 15-Nome do titular do plano<br>IZABELA SOUZA DA CRUZ |                                         |                                     |                                       |

|                                                      |                                                       |                                                    |                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       | 025 - Faturar Empresa                              |                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485                           | 19-UF<br>PR              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   |                                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA | 23-Número no CRO<br>9485 |
| 24-UF<br>PR                                          |                                                       | 25-Código CNES                                     |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485                           | 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | Izabela       |
| 2-        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 16              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | Izabela       |
| 3-        | 00851000196               | RESTAURAÇÃO RESINA    | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | Izabela       |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>15/09/20 | 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>156,00 | 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>15/09/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/09/20 Izabela | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/09/20 Izabela | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>15/09/20 DENTAL UNI COOPERATIVA |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

Cirurgiã Dentista  
CRO 9485





392806  
INTERCÂMBIO

|                                                      |                                                       |                                     |                                                       |                                       |                                                         |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/20                 | 4-Data de Autorização<br>13/10/20   | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7945969 | 7-Data Validação da Senha<br>06/01/21                   |
| Dados do Beneficiário                                |                                                       |                                     |                                                       |                                       |                                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202526868200005301         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        | 10-Empresa<br>MUNICÍPIO DE ANTONINA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                         |
| 13-Nome<br>HELTON FLAVIO DA SILVA                    |                                                       | 14-Teléfono<br>02/03/1980           | 15-Nome do titular do plano<br>HELTON FLAVIO DA SILVA |                                       |                                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento      |                                                       |                                     |                                                       |                                       |                                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA ROSA | 18-Número no CRO<br>9485            | 19-UF<br>PR                                           | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>78216168934   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PAULA ROSA    | 23-Número no CRO<br>9485            | 24-UF<br>PR                                           | 25-Código CNES                        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PAULA ROSA |                                                       | 27-Número no CRO<br>9485            | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/20              |                    | BR            |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/10/20 | 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>262,00 | 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  
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

|                                                                                          |                                                                              |                                                                                              |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/10/20 Ana Paula Rosa | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/20 Helton Flavio da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/10/20 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|