



322054
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 09/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7622159	7-Data Validade da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202524961200005008		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDO OLI SABI		14-Telefone 03/10/2001	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonsa 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20 Ricardo Oli SABI	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/20
--	---	--	---



360264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/2012	4-Data de Autorização 20/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802835	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANILO JEREMIAS DA SILVA GOMES		14-Telefone 19/08/1981		15-Nome do titular do plano DANILO JEREMIAS DA SILVA GOMES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clt	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		Dr. Jheniffer
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Dr. Jheniffer
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Dr. Jheniffer
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Dr. Jheniffer
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Dr. Jheniffer
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação: **CRO-PR-29.859**
Dra. Jheniffer Martins Dentista
 Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 Danilo J. Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
120/PR 1206 - CNES 6808999



361558
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/08/20		4-Data de Autorização 24/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7808852		7-Data Validade da Senha 19/11/20	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202531157300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEORI ROBERTO BOZZ						14-Telefone 01/07/1966		15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100225 (I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	04/09/20	
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MIDV	1	122,00	0,00		S	08/10/20	
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VD	1	88,00	0,00		S	31/08/20	
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	31/08/20	
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00		S	04/09/20	
6	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DIMV	1	122,00	0,00		S	08/10/20	
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 603,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.720.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999					



364016
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/81/20	4-Data de Autorização 28/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821559	7-Data Validade da Senha 24/11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511783800079901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JHENNIFER DOS SANTOS NUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JHENNIFER DOS SANTOS NUNES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMD	1	122,00	0,00		S	06/11/20		Jheniffer
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR-29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 Jheniffer Nunes	53-Data, local e Cmbio da Empresa 06/11/20 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08	4-Data de Autorização 25/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834109	7-Data Validade da Senha 29/11/2010	366750 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531157300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LEORI ROBERTO BOZZ	14-Data de Nascimento 01/07/1966	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ
-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---

17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00		S	09/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.801/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



369280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845656	7-Data Validade da Senha 02/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202519989300004401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NEUSA DE LIMA		14-Telefone 25/05/1969	15-Nome do titular do plano NEUSA DE LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 85100226 (I) 85100226 (I) 85100226

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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMLV	1	122,00	0,00	0,00	S	15/09/20		Neusa
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OMD	1	122,00	0,00	0,00	S	15/09/20		Neusa
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	28/09/20		Neusa
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/09/20		Neusa
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	28/09/20		Neusa
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	24/09/20		Neusa
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODP	1	122,00	0,00	0,00	S	24/09/20		Neusa
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Neusa
9	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPIV	1	122,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Neusa
10	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDVP	1	122,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Neusa
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Neusa
12	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMDP	1	122,00	0,00	0,00	S	30/09/20		Neusa
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1267,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgião Dentista CRO-PR-29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 Neusa de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 SCHERER LTDA. CNPJ: 07.728.806/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 Jheniffer Martins			



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 14/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863952	7-Data Validade da Senha 10/12/2011	373816 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202530736000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VITORIA BURGATH		14-Telefone 24/02/1998	15-Nome do titular do plano VITORIA BURGATH			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabeta	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 Glória	42-Assinatura
1-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	24	OMD	1	122,00	0,00			07/10/2011		D. Jheniffer
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	55	OD	1	88,00	0,00			07/10/2011		D. Jheniffer
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR 29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2011

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7869941	7-Data Validação da Senha 13/12/20	375112 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202524961200005008		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDO OLI SABI			14-Telefone 03/10/2001	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 82000212-47
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	47		1	181,00	0,00			13/10/20		Ricardo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 181,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20 Ricardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/20
--	---	---	---

SCHERER LTDA
CNPJ: 07.733.355/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680550



375190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/2015	4-Data de Autorização 15/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7870361	7-Data Validade da Senha 13/12/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530766700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA		14-Telefone 03/05/1999	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001294-38
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	09/10/2015		Bruno
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	09/10/2015		Bruno
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	09/10/2015		Bruno
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	09/10/2015		Bruno
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 405,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/10/2015	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2015
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa CNPJ: 07.738.856/0001-50	



376459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/91/20	4-Data de Autorização 17/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876163	7-Data Validade da Senha 15/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253197700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAQUEL DE OLIVEIRA SALES		14-Telefone 18/11/1999	15-Nome do titular do plano ADEMIR CARLOS DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/20		Raquel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Raquel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Raquel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Raquel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Raquel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Raquel de Oliveira Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/20 CNPJ: 07.735.896/0001-50 CRO-PR 1205 - CNES 680899
--	---	--	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876182	7-Data Validade da Guia 15/11/2012	376462 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253197700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional em Saúde		
13-Nome ADEMIR CARLOS DOS SANTOS		14-Telefone 01/10/1975	15-Nome do titular do plano ADEMIR CARLOS DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO 3	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5		

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-Memória do CBO	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/2012		Ademir
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		Ademir
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		Ademir
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		Ademir
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		Ademir
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012 Ademir	53-Data, local e Cartão da Empresa 02/10/2012
---------------	--	---	--	--

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.730.870/0001-50
R. PR 1206 - CNES 6808990



378551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885898	7-Data Validade da Senha 17/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529416000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LORRAYNA MAYARA WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone 01/11/2009	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêse	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/10/2012		Sergio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR-29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012 Sergio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2012
--	---	--	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808899



378554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/09/2013	4-Data de Autorização 21/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885916	7-Data Validade da Senha 17/12/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529416000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VICTOR DANIEL WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone 23/01/2013	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Anciamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/09/2013		Sergio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLTEIRINHA	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/2013 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/2013 Sergio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/2013	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 CNES 6808999



378560
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885930	7-Data Validade da Senha 17/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252941600000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS EDUARDO WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/10/2012		Sergio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação				Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012 Sergio		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2012	

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



380666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 23/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892820	7-Data Validade da Senha 21/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800052601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUBENS ANAISSI NEVES		14-Telefone 27/07/1978	15-Nome do titular do plano RUBENS ANAISSI NEVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		RAM
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		RAM
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		RAM
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		RAM
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	02/10/20		RAM
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/20 Jhenifer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20 RAM	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20
---------------	--	--	---	---

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20 RAM	55-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20	CNPJ: 07.738.891/0001-50 Cidade: PR 1236 - CNES 680899
---	---	---



ok

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 23/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892835	7-Data Validade da Senha 21/11/2019	380668 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número de Carteira 00202520648700056302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARLI CARMEN SAMPAIO DO NASCIMENTO		14-Telefone 19/08/1962	15-Nome do titular do plano LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO		

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Resposta
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/20		Marli
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Marli
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Marli
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Marli
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Marli
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2020 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020 Marli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2020 CNPJ: 07.735.896/0001-50
--	---	---	--



380670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892838	7-Data Validade da Senha 21/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530776300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANO BERNARDI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IRENA VITORIA PIRES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/20 Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20 Irena Vitoria Pires	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/20
---------------	--	---	---	---

CLINICA L. 1004-...
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892839	7-Data Validade da Senha 21/12/20	380673 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANO BERNARDI				14-Telefone 07/05/1978		15-Nome do titular do plano IRENA VITORIA PIRES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS	
26-Nome do Profissional Executor JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/10/20		<i>Jheniffer Martins</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	<i>Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20 <i>Jheniffer Martins</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/20
--	--	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.855/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK.

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/91/20	4-Data de Autorização 24/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7897879	7-Data Validade da Senha 22/11/21/20	381378 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800028801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA FRANCINE MARIANO DE OLIVEIRA		14-Telefone 26/07/1996	15-Nome do titular do plano AMANDA FRANCINE MARIANO DE OLIVEIRA		

16-Alexsmento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	PO	1	88,00	0,00			05/10/20		<i>e. Amuly</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 <i>Amanda</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
--	--	---	---

CLÍNICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905516	7-Data Validade da Senha 23/12/20	383033 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GRACIELA LOURENCO BISPO		14-Telefone 04/06/1981	15-Nome do titular do plano GRACIELA LOURENCO BISPO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/10/20		e gravata
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/10/20		e gravata
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/10/20		e gravata
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/10/20		e gravata
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	19/10/20		e gravata
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20 e Graciela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
RUA PER 1206 - CNES 6808999



de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/2012	4-Data de Autorização 25/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905519	7-Data Validade da Senha 23/12/2012	83034 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	----------------------

8-Número da Carteira 00202531720900000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA EDUARDA LOURENCO MELO		14-Telefone 04/03/2006	15-Nome do titular do plano GRACIELA LOURENCO BISPO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/2012		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012 SUCRENER LTDA. CNPJ: 07.738.801/0001-50 204PR 1203 - CNES 6808899	
---------------	--	---	--	---	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012
--	---



383038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/2012	4-Data de Autorização 25/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905530	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253172090000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROGERIO DE OLIVEIRA MELO		14-Telefone 15/02/1976	15-Nome do titular do plano GRACIELA LOURENCO BISPO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	13/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR-29.859				
---------------	---	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012 Graciela Lourenco Bispo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012
--	---	---	---

0001-50
PRO-PR 1206 - CNES 6608500



383877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 28/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908881	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531720900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VINICIUS LOURENCO MELO		14-Telefone 28/09/2002	15-Nome do titular do plano GRACIELA LOURENCO BISPO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/10/2012		<i>Jheniffer Martins</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR-29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/10/2012 <i>Graciela Lourenco Bispo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012
--	--	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.728.856/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6008000



383884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908898	7-Data Validade da Senha 24/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531076800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANALAURA TOLOY DE CARVALHO		14-Telefone 11/05/1999	15-Nome do titular do plano IRIS MATIELLO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR 29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



385119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913856	7-Data Validade da Senha 27/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253195830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA		14-Telefone 28/02/1973	15-Nome do titular do plano DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Deleira
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Deleira
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Deleira
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Deleira
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Deleira
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação: **Dra. Jheniffer Martins**
 Cirurgiã-Dentista
 CRO-PR-29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2019 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2019 Deleira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2019
--	---	---	---

SCHERER L DA.
 CNPJ: 07.730.050/0001-50
 CRO/PR 1205 - CNES 6808990



385122
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autorização 12/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913870	7-Data Validade da Senha 12/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531958300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STEPHANY INACIO DE OLIVEIRA		14-Telefone 12/11/2005	15-Nome do titular do plano DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/20		Stephany
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			02/10/20		Stephany
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			02/10/20		Stephany
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			02/10/20		Stephany
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			02/10/20		Stephany
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação
 Dra. Jheniffer Martins
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/10/20 Stephany Inacio de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/21/10/20
--	--	--	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913885	7-Data Validade da Senha 27/12/20	385128 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202511783800078701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROBSON PEREIRA		14-Telefone 20/09/1986	15-Nome do titular do plano ROBSON PEREIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Robson
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Robson
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Robson
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Robson
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Robson
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/20 Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20 Robson P.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHENKER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	---	---	---



386003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2012	4-Data de Autorização 30/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917708	7-Data Validade da Senha 28/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252984380000601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA		14-Telefone 08/05/1978	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CRO 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 Clima	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	05/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012			CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808900	



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2011	4-Data de Autorização 30/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917804	7-Data Validade da Senha 28/11/2011	386031 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528348900000402		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL RICARDO DE OLIVEIRA		14-Telefone 10/04/2011	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO		

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Cliqua	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		RAIMUNDO
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	09/10/20		RAIMUNDO
3	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	09/10/20		RAIMUNDO
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	<i>Dra. Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2011 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2011 <i>RAIMUNDO</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2011
--	--	---	---



386036
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autorização 30/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917811	7-Data Validade da Senha 28/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528348900000404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA JULIA DE OLIVEIRA RICARDO		14-Telefone 31/12/2002	15-Nome do Titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número na CRO 29859	19-UF PR	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número na CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

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

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

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

49-Observação
 Dra. Jheniffer Martins
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29859
 Dra. Jheniffer Martins
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29859

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



386040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2019	4-Data de Autorização 30/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917816	7-Data Validade da Senha 28/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252834890000405	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELA DE OLIVEIRA RICARDO		14-Telefone 20/09/1998	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		RICARDO
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		RICARDO
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		RICARDO
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		RICARDO
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		RICARDO
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2019 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2019 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019 RICARDO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2019
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2012	4-Data de Autorização 30/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917835	7-Data Validade da Senha 28/12/2012	836047 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202511783800045401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MACKY MEI SANTOS LEE		14-Telefone 20/06/1988	15-Nome do titular do plano MACKY MEI SANTOS LEE			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO 5		

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			06/10/20		Jheniffer
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/10/20		Jheniffer
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/10/20		Jheniffer
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/10/20		Jheniffer
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/10/20		Jheniffer
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Macky Lee	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
33122222-0001-50
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ: 07.738.896/0001-50



386048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917840	7-Data Validade da Senha 28/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253216400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL MEDEIROS RUBIM			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIEL MEDEIROS RUBIM	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/20		gabriel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/10/20		gabriel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		gabriel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		gabriel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/10/20		gabriel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20 gabriel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20 CNPJ: 07.735.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917861	7-Data Validação da Senha 28/11/2012	386054 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253234460000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE DA ROCHA SILVA COSTA	14-Telefone 21/09/1987	15-Nome do titular do plano JAQUELINE DA ROCHA SILVA COSTA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/11/2012		Jaqueline
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/11/2012		Jaqueline
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/11/2012		Jaqueline
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/11/2012		Jaqueline
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/11/2012		Jaqueline
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dr. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859
---------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012 Jaqueline	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2012 CNPJ: 07.736.111/0001-00
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917876	7-Data Validade da Senha 28/11/2012	386057 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202532344600000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NATHAN CAETANO DA ROCHA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE DA ROCHA SILVA COSTA
--	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/2012		Nathan
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			06/10/2012		Nathan
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			06/10/2012		Nathan
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			06/10/2012		Nathan
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			06/10/2012		Nathan
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012 Nathan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2012 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1200 - CNES 68080900
--	---	--	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917989	7-Data Validade da Senha 28/11/2012	386083 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530807400000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DENISE CRISLAINE GREGORIO	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano VALDELENE GUILHERME CARNEIRO
--------------------------------------	--------------------------	---

16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00			08/11/2012		Denise
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	--	---------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 08/11/2012 Denise Gregorio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918732	7-Data Validade da Senha 29/12/2010	386250 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202531857300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		14-Telefone 30/04/1984 () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

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 Cessão	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	73,00	0,00			S	07/10/2010		<i>Rodrigo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2010 <i>Jheniffer Martins</i> CRO-PR 29859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2010 <i>Rodrigo da Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2010
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 630896



386919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923724	7-Data Validade da Senha 29/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531312700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEVIN FELIPE MARTINEZ PEDROSO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		Kevin
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Kevin
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Kevin
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Kevin
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/10/20		Kevin
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR-29.859		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20 Kevin Felipe de Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20 Fabiane de Figueiredo Martinez	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/20
---	--	---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923726	7-Data Validade da Senha 29/11/2012	386921 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800039901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEISIANY MATIELLO		14-Telefone 28/11/1988	15-Nome do titular do plano DEISIANY MATIELLO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:

Dra. Jheniffer Martins
 Cirurgiã Dentista
 CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012 Deisy Matiello	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2012
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SOLIERE LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 07/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931085	7-Data Validade da Senha 03/10/12	8-9278 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CECILIA DE OLIVEIRA DA APARECIDA		14-Telefone 01/08/1949	15-Nome do titular do plano CECILIA DE OLIVEIRA DA APARECIDA	

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DPM	1	122,00	0,00			08/10/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	88,00	0,00			08/10/20		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PID	1	122,00	0,00			07/10/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00			07/10/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PI	1	88,00	0,00			07/10/20		
6	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DPIM	1	122,00	0,00			07/10/20		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	IV	1	88,00	0,00			08/10/20		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 691,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010	54-Data, local e Assinatura da Empresa 07/11/2010
---------------	--	--	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/11/2010	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 00/12/10	4-Data de Autorização 10/07/11 00/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931823	7-Data Validade da Senha 10/03/11 00/12/11	389401 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 0002022529843800003902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ENZO CAMPOS VALMORBIDA	14-Telefone () 3226-7682	15-Nome do titular do plano MARCOS VALMORBIDA
-----------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		JT
2-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	07/10/20		JT
3-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	07/10/20		JT
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLHEIRER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 06/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932785	7-Data Validade da Senha 03/10/2011	389726 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800047801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ			14-Telefone 30/07/1980	15-Nome do titular do plano FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	16/10/2010		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	16/10/2010		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	16/10/2010		
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	16/10/2010		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2010
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 08/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938438	7-Data Validade da Senha 04/01/21	390748 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531791200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO	14-Telefone 10/06/1975	15-Nome do titular do plano JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO
--	---------------------------	--

16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OVD	1	122,00	0,00			15/10/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	88,00	0,00			15/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 Juliany de Fatima Zilli Rizzato		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
---------------	--	--	--	---	--	--	--



OK

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10/20	4-Data de Autorização 10/08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938462	7-Data Validade da Senha 10/04/10/21	390773 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 000202529843800001701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANA ARFELLI MARTINI	14-Telefone 10/09/1982	15-Nome do titular do plano FABIANA ARFELLI MARTINI		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100225
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODPM	1	12200	0,00		S	19/10/20		Fabiana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20 Fabiana A Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20 Fabiana A Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20
--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6547950



390783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 08/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938466	7-Data Validade da Senha 04/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507517100016701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIANE SLOVINSKI		14-Telefone 27/09/1985 () -	15-Nome do titular do plano VIVIANE SLOVINSKI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	23/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	23/10/20		<i>[Assinatura]</i>
3.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	23/10/20		<i>[Assinatura]</i>
4.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	23/10/20		<i>[Assinatura]</i>
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 SCHEERER & DA. CNPJ: 07.714.860/0001-50 Cidade: PR - Fone: 03535353
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938483	7-Data Validade da Senha 04/01/21	390798 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253180800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL		14-Telefone 17/12/1994	15-Nome do titular do plano ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	(1) 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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IP	1	88,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IP	1	88,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		Ana Paula
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 481,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Ana Paula Pereira Raphael	53-Data, local e Caimbo da Empresa 28/10/20
--	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6S0699



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 08/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938746	7-Data Validade da Senha 04/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

391072
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202531808000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANILO CORREIA DA SILVA		14-Telefone 18/03/1993	15-Nome do titular do plano ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0983135396		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100228 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S (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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MPVI	1	122,00	0,00			22/10/2010		Daniilo
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DV	1	88,00	0,00			22/10/2010		Daniilo
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00			21/10/2010		Daniilo
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00			21/10/2010		Daniilo
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 386,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2010 Daniilo	53-Data, local e Carimbo de Empresa 21/11/2010
---------------	--	--	--	---	---	---

CLÍNICA DENTÁRIA
JHENIFFER DA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938858	7-Data Validade da Senha 04/01/21	391103 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202529843800001703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DAVID PATRICK POMBAL	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIANA ARFELLI MARTINI
---------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100225
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		
3-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDPV	1	122,00	0,00		S	30/10/20		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OL	1	88,00	0,00		S	30/10/20		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 454,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859
---------------	--

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHENKER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938889	7-Data Validade da Senha 04/01/21	391115 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANALAURA TOLOY DE CARVALHO		14-Telefone 11/05/1999	15-Nome do titular do plano IRIS MATIELLO DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00			09/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA
---------------	---	--	----------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 09/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20 SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
--	---	---	--



391369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939942	7-Data Validade da Senha 05/01/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529843800000602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIA ALEXSSANDRA RIOS		14-Telefone 22/04/1978	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218

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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MODP	1	122,00	0,00			06/10/20		Lucia
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00			06/10/20		Lucia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 Lucia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Lucia	53-Data, local e Caimbo da Empresa 06/10/20
---------------	--	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHENKER LTDA.

CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2010	4-Data de Autorização 09/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940573	7-Data Validade da Senha 05/01/2011	391518 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253195040000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO PEDRO PAZ		14-Telefone 14/05/1998	15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO PAZ		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	20/10/20		João
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VO	1	88,00	0,00		S	20/10/20		João
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2010 João Pedro Paz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2010
--	---	--	---

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995



de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941487	7-Data Validação da Senha 05/01/21	391767 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202511793800001404		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JER COMERCIO DE PRODUTOS DE	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILSON GARCIA		14-Telefone 18/01/1960 () 3308-0556	15-Nome do titular do plano ELISA PEREIRA GARCIA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO 5	

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	14/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOMERLIDA
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/20 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808599
--	---	---	--



OK

1-Registro AHS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/10/20		4-Data de Autorização 08/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7943226		7-Data Validade da Senha 05/01/21		392127 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020253234460000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATHAN CAETANO DA ROCHA SILVA						14-Telefone 20/12/2001		15-Nome do titular do plano JAQUELINE DA ROCHA SILVA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura	
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	16/10/20		Nathan	
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	16/10/20		Nathan	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 e Nathan		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.728.806/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999					



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944068	7-Data Validade da Senha 06/01/2013	392315 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202529843800003902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ENZO CAMPOS VALMORBIDA		14-Telefone 28/02/2013 () 3226-7682	15-Nome do titular do plano MARCOS VALMORBIDA		

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CRO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctrl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00			15/10/20		
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00			15/10/20		
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00			15/10/20		
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00			15/10/20		
5	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	52		1	73,00	0,00			15/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 269,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com o comprometimento 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	Cirurgia Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
---------------	------------------------------------	--------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2012 Jhenifer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012 Marcos Valmorbida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2012	CNPJ: 07.738.896/0001-50 30/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	---	---	---



392714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10/02/0	4-Data de Autorização 10/09/10/02/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7945565	7-Data Validade da Senha 10/06/10/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253185730000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		14-Telefone 30/04/1984	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			15/10/20		Redigol
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			15/10/20		Redigol
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			15/10/20		Redigol
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			15/10/20		Redigol
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2010 Rodrigo Boucinha da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2010
---------------	--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6508999



392718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017	4-Data de Autorização 13/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7945609	7-Data Validade da Senha 06/01/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253081020000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELLE BRILL DO CARMO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANE FERREIRA BRILL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001286-38 (I) 82001286-48
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	29/10/2017	Tatiane
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	29/10/2017	Tatiane
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 722,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgia Dentista CRO-PR-29859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808990
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2017 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2017 Tatiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2017



393204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947509	7-Data Validade da Senha 07/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511783800078701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBSON PEREIRA		14-Telefone 20/09/1986	15-Nome do titular do plano ROBSON PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00			22/10/20		Robson P.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 Robson Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20
--	---	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOLANGE LIMA
CNPJ: 07.738.856/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2013	4-Data de Autorização 14/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951519	7-Data Validade da Senha 11/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

394224
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020252941600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR DANIEL WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00	0,00		14/10/2013		Sergio
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00	0,00		14/10/2013		Sergio
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2013 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2013 Sergio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2013
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHUBERT LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10/12/0	4-Data de Autorização 14/11/01/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951520	7-Data Validade da Senha 11/1/01/2/1	394225 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
5-Número da Carteira 00202529416000000102		13-Nome LORRAYNA MAYARA WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	14/11/20		<i>Sergio</i>
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	14/11/20		<i>Sergio</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA: SCHERER LTDA.
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/20 <i>Sergio</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20 CNPJ: 07.736.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999



394226
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2014	4-Data de Autorização 14/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951521	7-Data Validação da Senha 11/01/2014
8-Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Número da Carteira 00202529416000000104		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira / /
13-Nome CARLOS EDUARDO WEIRICH SALVAGNI		14-Telefone 28/04/2014	15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		
18-Número no CRO 29859		19-UF PR	20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			14/10/2014	Sergio	
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			14/10/2014	Sergio	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgião Dentista CRO PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2014 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2014 Sergio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2014		



395252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7955630	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202528270800046701	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOCENIR ALVES DOS REIS	14-Telefone 09/10/1989
15-Nome do titular do plano JOCENIR ALVES DOS REIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS
18-Número no CRO 29859	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859
28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/11/2012		Jheniffer Martins
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/11/2012		Jheniffer Martins
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/11/2012		Jheniffer Martins
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/11/2012		Jheniffer Martins
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/11/2012		Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.130.111/0001-50	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012 Jocenir Alves dos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2012 CRO-PR 1206 - CNES 5608999	



OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/10/20		4-Data de Autorização 15/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7955649		7-Data Validade da Senha 12/01/21		395260 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
9-Número da Carteira 00202531972300000103						10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira / /		13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO DE ALMEIDA SANTOS						14-Telefone 31/03/2010 () -		15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRD 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRD 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRD 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/10/20			
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	16/10/20			
3-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	20/10/20			
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 176,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRD-PR 29.859													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20	
CLÍNICA ODONTOLÓGICA COOPERATIVA LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6608999													



395263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2014	4-Data de Autorização 15/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7955651	7-Data Validade da Senha 12/11/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531972300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI DE ALMEIDA SANTOS		14-Telefone 12/08/2014	15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2014		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	26/10/2014		
3-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	26/10/2014		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2014 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2014
---------------	--	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHUBERT LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956530	7-Data Validade da Senha 12/01/21	395442 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEORI ROBERTO BOZZ		14-Telefone 01/07/1966	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CRO 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	23	V	1	61,00	0,00			27/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



395720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7957758	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800003902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ENZO CAMPOS VALMORBIDA		14-Telefone 28/02/2013 () 322617682	15-Nome do titular do plano MARCOS VALMORBIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	88,00	0,00		S	19/11/2012		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00		S	19/11/2012		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00		S	19/11/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 264,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	19/11/2012 Jheniffer Martins	19/11/2012	19/11/2012 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999


397466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965052	7-Data Validade da Senha 14/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800005601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WALTER FERREIRA LIMA JUNIOR		14-Telefone 06/08/1964	15-Nome do titular do plano WALTER FERREIRA LIMA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/10/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			27/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			27/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			27/10/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			27/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/10/20 Jheniffer Martins	27/10/20	27/10/20

CLINICA ODONTOLÓGICA
WALTER FERREIRA LIMA JUNIOR
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO-PR 1200 - CNES 6805999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965055	7-Data Validade da Senha 14/01/21	397469 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531031200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EVELYN GOSCH DE LIMA ROCHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVELYN GOSCH DE LIMA ROCHA
---------------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Evelyn	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20	54-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20
---------------	--	--	--	---	--	---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Evelyn	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20	54-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20
--	---	--	---	---

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

era
amigável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



397470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2010	4-Data de Autorização 19/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965057	7-Data Validade da Senha 14/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252971930000304		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIELY FERNANDA BASSE			14-Telefone 19/06/1990	15-Nome do titular do plano VAIR ROSALINO BASSE	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/2010		Dielly
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/11/2010		Dielly
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/11/2010		Dielly
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/11/2010		Dielly
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	19/11/2010		Dielly
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2010 Jhenifer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2010 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2010 Dielly	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2010
--	--	--	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2019	4-Data de Autorização 19/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965058	7-Data Validade da Senha 14/10/2021	397473 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202532789200000101					

13-Nome RAFAEL CARLOS DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL CARLOS DA SILVA
06/06/1989		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS			Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/11/2019		Rafael
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/11/2019		Rafael
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/11/2019		Rafael
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/11/2019		Rafael
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/11/2019		Rafael
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com minha consentimento 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	Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA
---------------	------------------------------------	----------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2019 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2019 Rafael Carlos da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/2019
--	--	--	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808999



397481
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965094	7-Data Validade da Senha 14/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800055401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SABRINA DE LUCA STRAMANTINOLI		14-Telefone 15/05/1990	15-Nome do titular do plano SABRINA DE LUCA STRAMANTINOLI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		Shucal
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Shucal
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Shucal
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Shucal
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/20		Shucal
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859				
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20 Shucal	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
--	---	--	---

SERVIÇO ODONTOLÓGICO
SCHREDER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6805999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968969	7-Data Validade da Senha 17/01/21	398514 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202500001000030104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROCURADORIA DA REP NO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GIOVANA DA COSTA MATTJE		14-Telefone 02/06/2010 (45) 3524-4580	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/2020
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2020			CNPJ: 07.735.896/0001-50 CNPJ 0001-50 CNES 6808999	

Dra Alessandra

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



**398515
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968970	7-Data Validade da Senha 17/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202500001000030104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROCURADORIA DA REP NO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GIOVANA DA COSTA MATTJE		14-Telefone 02/06/2010 (45) 3524-4580	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRQ 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRQ 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRQ 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	23/10/20		<i>Dra</i>
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	23/10/20		<i>Dra</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação: *Dra. Jheniffer Martins*
Cirurgiã Dentista
CRQ-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 <i>Alessandro da Rocha Mattje</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 CLINICA DENTAL SCHERER LTDA. CNPJ: 07.728.890/0001-50 CRQ/PR 1203 - CNES 6808995
--	--	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968994	7-Data Validade da Senha 17/01/2013	398518 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS RUBIM LIMA		14-Telefone 08/02/2007	15-Nome do titular do plano CECILIA RUBIM DA APARECIDA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/10/2012		
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			28/10/2012		
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			28/10/2012		
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			28/10/2012		
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			28/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLIMED LTDA
---------------	--	--------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2012 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO-PR 1205 CNES 6068999
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/10/20		4-Data de Autorização 20/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7969023		7-Data Validade da Senna 17/01/21		398521 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202532763800000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO RUBIM LIMA						14-Telefone 07/03/2010		15-Nome do titular do plano CECILIA RUBIM DA APARECIDA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/10/20			
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			28/10/20			
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 106,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgia Dentista CRO-PR-29.859													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.733.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6805999	



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969029	7-Data Válida da Senha 17/10/2012	398531 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253076670000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA		14-Telefone 03/05/1999	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	27/10/2012		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2012 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2012 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2012
--	---	---	---

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.706.896/0001-50
CRO/PR 1200 - CNES 6808999



398545
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969114	7-Data Validade da Senha 17/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800044901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAULO ROGERIO RODRIGUES		14-Telefone 24/09/1980	15-Nome do titular do plano PAULO ROGERIO RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLANGE DA CNPJ: 07.738.996/0001-50 CRO-PR 12005 - CNES 6808990	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 Paulo R	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20	



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010	4-Data de Autorização 02/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928533	7-Data Validade da Senha 31/12/2011	388589 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253195040000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO PEDRO PAZ		14-Telefone 14/05/1998	15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO PAZ		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	02/11/2010		Jheniffer Martins
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	02/11/2010		Jheniffer Martins
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	20/10/2010		Jheniffer Martins
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	20/10/2010		Jheniffer Martins
5	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	20/10/2010		Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2010 João Pedro Paz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/2010
--	---	--	---

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.950/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969946	7-Data Validade da Senha 17/01/21	398757 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202528270800025101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MARIAN HASSAN HALAWI		14-Telefone 31/01/1998 () -	15-Nome do titular do plano MARIAN HASSAN HALAWI			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00			21/11/20		Marian H
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/20 Marian H	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/20 CNPJ: 07.738.396/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/20 Jheniffer Martins				



399255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	4-Data de Autorização 20/01/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971693	7-Data Validação da Senha 11/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529843800003902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ENZO CAMPOS VALMORBIDA	14-Telefone 28/02/2013 () 3226-7682	15-Nome do titular do plano MARCOS VALMORBIDA
-----------------------------------	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082001707	ULECTOMIA	11		1	64,00	0,00			20/01/2010		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 64,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins CRO-PR 29.859 Cirurgia Dentista
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2010 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2010
--	---	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOLTEIRA LTDA
CNPJ: 07.738.890
CRO/PR 1206 - CBO 0808000



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012	4-Data de Autorização 12/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7973176	7-Data Validade da Senha 18/01/2012	399583 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0020252984380000602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCIA ALEXSSANDRA RIOS	14-Telefone 22/04/1978	15-Nome do titular do plano APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA
-----------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	61,00	0,00		S	21/01/2012		Lucia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2012 Lucia Rios	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/2012
--	---	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOLTEIRAS LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/10/20		4-Data de Autorização 21/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7978507		7-Data Validade da Senha 19/01/21		400760 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0020253180800000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DANILO CORREIA DA SILVA						14-Telefone 18/03/1993		15-Nome do Titular do plano ANA PAULA PEREIRA RAPHAEL							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00			22/10/20		DANILO			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 DANILLO				53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20			

INTERCÂMBIO ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



400924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2014	4-Data de Autorização 21/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979094	7-Data Validade da Senha 19/01/2015
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 0020252984380001903			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome NICKOLAS DAVIES SIMOES			14-Telefone 02/05/2014	15-Nome do titular do plano FABIO GOBI SIMOES	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS			18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986			22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa e Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/2014	
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	22/10/2014	
3	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	22/10/2014	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLTEIRA LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO-PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2014 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2014	53-Data, local e Caimbo da Empresa 22/10/2014



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979121	7-Data Validade da Senha 19/10/2012	400929 INTERCÂMBIO
8-Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529843800001902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome QUEROLAINA DA ROCHA DAVIES SIMOES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO GOBI SIMOES		
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 08/05/1986						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/11/2012 Fabio Gobi Simoes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2012
---------------	--	--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
TV CATARATAS LTDA
CNPJ: 07.738.891/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6988999



400932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979126	7-Data Validade da Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531664500000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SURY AGHATA GULARTE CAETANO		14-Telefone 24/03/2009	15-Nome do titular do plano THIAGO YURI GULARTE CAETANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/20		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	30/10/20		
3	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	30/10/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.891/0001-50 CRO/PR 1203 - CNES 680877		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Sury Agghata	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20			



400938
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979130	7-Data Validade da Senha 19/10/2012
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253166450000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDOMIRO JOSE CAETANO 17/07/1967			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO YURI GULARTE CAETANO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS			18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986			22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			26-Número no CRO 29859	27-UF PR	28-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 Classe	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012
---------------	--	--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHENKER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6805996



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2010	4-Data de Autorização 12/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979132	7-Data Validade da Senha 19/10/2011	400941 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 000202531664500000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DILMA FLORES GULARTE CAETANO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO YURI GULARTE CAETANO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/20		Dilma
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/20		Dilma
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		Dilma
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		Dilma
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/10/20		Dilma
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA EQUIPADA
---------------	---	--	----------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Dilma Caetano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO - PR 1200 - CNES 6808999
--	---	---	---	--



400943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979156	7-Data Validade da Senha 19/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601282202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CAROLINA RODRIGUES DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDRA OLIVEIRA BRASIL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/2012		Ana Oliveira
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/10/2012		Ana Oliveira
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/10/2012		Ana Oliveira
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/10/2012		Ana Oliveira
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			29/10/2012		Ana Oliveira
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012 Ana Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2012
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6308999



401746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982461	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253077630000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANO BERNARDI		14-Telefone 07/05/1978	15-Nome do titular do plano IRENA VITORIA PIRES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRD 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número na CRD 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRD 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMD	1	122,00	0,00		S	30/11/2012		<i>Jheniffer Martins</i>
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VI	1	88,00	0,00		S	30/11/2012		<i>Jheniffer Martins</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/11/2012 *Jheniffer Martins*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/11/2012 *Dra. Jheniffer Martins*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/2012 *Dra. Fabiano Bernardi*

53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/11/2012 *SCHERER LTDA.*
CNPJ: 07.730.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



402001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10/2/0	4-Data de Autorização 12/3/10/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983462	7-Data Validade da Senha 12/0/01/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800055401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SABRINA DE LUCA STRAMANTINOLI		14-Telefone 15/05/1990	15-Nome do titular do plano SABRINA DE LUCA STRAMANTINOLI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00			26/10/20		Shucal
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2010 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2010 Shucal	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2010
---------------	---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SOURDIS LDB

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983466	7-Data Validade da Senha 20/10/2012	402003 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528270800055001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDAÇÃO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VIVIANE VECK	14-Telefone 02/05/1980	15-Nome do titular do plano VIVIANE VECK		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/2012
--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOMERLIM SDA.
CNPJ: 07.738.891/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996



403132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988469	7-Data Validade da Senha 20/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253076670000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITOR HUGO SILVEIRA		14-Telefone 31/12/2003	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MODP	1	122,00	0,00		S	26/10/20		Vitor
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808993



403685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990936	7-Data Validade da Senha 21/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532763800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CECILIA RUBIM DA APARECIDA		14-Telefone 28/09/1981 () -	15-Nome do titular do plano CECILIA RUBIM DA APARECIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clínica	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOMMER DA
CNPJ: 07.735.396/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6588999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992079	7-Data Validade da Senha 12/1/01/21	403930 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202511793800001404		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JER COMERCIO DE PRODUTOS DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILSON GARCIA			14-Telefone 18/01/1960	15-Data de Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100226	

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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMDL	1	122,00	0,00			26/10/20		
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMDV	1	122,00	0,00			26/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20 CLINICA SCHERER L. DA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680599		



403937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992171	7-Data Validade da Senha 21/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531260800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA MORENO DE SOUZA		14-Telefone 10/02/1994	15-Nome do titular do plano RENATA MORENO DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ração	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	88,00	0,00			27/10/2012		Renata
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/11/2012 Jheniffer Martins

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/11/2012 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/11/2012 Renata

53-Data, local e Campo da Empresa
22/11/2012

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



394707
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010	4-Data de Autorização 14/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953354	7-Data Validade da Senha 11/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511783800045401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MACKY MEI SANTOS LEE		14-Telefone 20/06/1988	15-Nome do titular do plano MACKY MEI SANTOS LEE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			29/11/2010		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/2010 <i>Jheniffer Martins</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2010 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2010 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/2010 CNPJ: 07.738.896/0001-50 INSC. EST. 1200 - CNES 6808900
---------------	--	--	---	---



395407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010	4-Data de Autorização 15/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956338	7-Data Validade da Senha 12/10/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531304600000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELLY CRISTINE GOULART FLORES TEIXEIRA		14-Telefone 21/06/1990	15-Nome do titular do plano TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (1) 85100200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			28/10/20		Kelly
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			28/10/20		Kelly
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			28/10/20		Kelly
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			28/10/20		Kelly
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IM	1	88,00	0,00			28/10/20		Kelly
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 28/11/2010 Kelly C. G. Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/2010
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHREIER LTDA.
CNPJ: 07.735.891/0001-50
CRAO/PR 1206 - CNES 6809909



401704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982310	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511793800001404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JER COMERCIO DE PRODUTOS DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILSON GARCIA		14-Telefone (11) 3308-0556	15-Nome do titular do plano ELISA PEREIRA GARCIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alz	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	25/10/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	25/10/2012		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMD	1	122,00	0,00		S	23/10/2012		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	23/10/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo de Empresa
	12/31/2012 Jheniffer Martins		12/31/2012	12/31/2012

CLINICA DENTISTICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680302



405296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2010	4-Data de Autorização 27/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7997246	7-Data Validade da Senha 24/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253197230000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO DE ALMEIDA SANTOS		14-Telefone 31/03/2010	15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VI	1	88,00	0,00			29/10/2010		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.895/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2010 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2010



406915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/10/20		4-Data de Autorização 28/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8004693		7-Data Validade da Senha 26/01/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202533171600000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARIANA AZEVEDO CORONIL						14-Telefone 10/09/2003		15-Nome do titular do plano JOAO PAULO DOMINGUES DE JESUS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código GBO S	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20	em anexo
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 em anexo		53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20					

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER TDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808993



2 - Nº Guia no Prestador

402305

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		4 0 2 3 0 5	
6 - Código na Operadora				7 - Nome do Contratado			
0 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0				29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS			
8 - Número do Lote				9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo	
						11 - Justificativa	
12 - Justificativa							
13 - Número da Guia no Prestador				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
3 4 4 1 0 3				3 4 4 1 0 3		AUTORIZADO	
16 - Beneficiário				00202530286000000103 - THAYNA RODRIGUES DE AZEVEDO			
17 - Código da Glosa da Guia				18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
19 -							
20 - Data de Realização do Procedimento							
21 - Dente/Ração							
22 - Face							
23 - Quantidade							
24 - Tabela							
25 - Procedimento/Item Assistencial							
26 - Descrição do Procedimento							
27 - Código da Glosa							
28 - Valor Recusado							
29 - Justificativa do Prestador							
30 - Valor Acatado							
31 - Justificativa da Operadora							
32 - Valor Total Recusado (R\$)							
33 - Valor Total Acatado (R\$)							
34 - Data do Recurso							
35 - Assinatura do Prestador							
36 - Data da Assinatura da Operadora							
37 - Assinatura da Operadora							



2 - Nº Guia no Prestador

402440

OK

Dados dos Itens da Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Clíexa
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador						
30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						

[illegible]

32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Acalado (R\$)	Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO-PR 1206 - CNES 6808999
0 7 3 4 2 0	0 0 0 0	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora
34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
0 1 0 9 2 0 2 0	<i>Shirley Martins</i>	1 1 1 1 1 1 1 1	

~~Dra. Jheniffer Martins~~
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
PO/PR 1206 - CNES 6808299



389395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/06/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7935442	7-Data Validade da Senha 10/03/11 01/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202503759700087902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANE KELLY ZANELLA NANDI		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ROBERLEI BOFF NANDI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00			09/10/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00			09/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 <i>Dra. Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1228 - 010 0133039
--	---	---	---