

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

CRO: 20624/PR

Cirurgião Dentista: (16532) - PATRICIA GUIDO CARNEIRO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
310662 - I	CINTIA DE FATIMA RIBEIRO (40641400535200157102)		05/05/2020	48	0.35	R\$ 16,80
326143 - I	EDISON RODRIGO COELHO DE MOURA (00202528874100001301)		18/06/2020	418	0.35	R\$ 146,30
327684 - I	HENDRIL EDUARDO RIBEIRO DOS SANTOS (40641400535200157103)		22/06/2020	95	0.35	R\$ 33,25
332009 - I	ALEXANDRA DE LIMA PIRES (00202530674900000101)		30/06/2020	351	0.35	R\$ 122,85
332344 - I	MAYARA DA LUZ RODRIGUES (00202519446400024301)		01/07/2020	276	0.35	R\$ 96,60
339383 - I	ARTHUR FERNANDES (00202519446400024302)		13/07/2020	106	0.35	R\$ 37,10
341943 - I	SANDRO CLEDER DE PAULA DA LUZ (00202519446400058201)		20/07/2020	235	0.35	R\$ 82,25
344446 - I	JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS (00202529635400000501)		23/07/2020	384	0.35	R\$ 134,40
346962 - I	JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS (00202529635400000501)		28/07/2020	61	0.35	R\$ 21,35
349590 - I	LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS (00202510285600153601)		31/07/2020	506	0.35	R\$ 177,10
351659 - I	LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS (00202510285600153601)		05/08/2020	122	0.35	R\$ 42,70
351667 - I	STEFFANY LAVINIA RIBEIRO DOS SANTOS (00202510875100196004)		05/08/2020	61	0.35	R\$ 21,35
357691 - I	ILZE APARECIDA BRANDT DA CRUZ (00202519284500000302)		16/08/2020	174	0.35	R\$ 60,90
357692 - I	KEWIN DA CRUZ OLIVEIRA (00202519284500000303)		16/08/2020	174	0.35	R\$ 60,90
359580 - I	VITOR EMANUEL SILVA MACHADO (00202519446400021002)		19/08/2020	167	0.35	R\$ 58,45
360215 - I	JOSE ORLAN ROSA DE LARA (00202524719400000401)		19/08/2020	174	0.35	R\$ 60,90
360405 - I	ROSICLER PRODOCIMO (00202524719400000501)		20/08/2020	174	0.35	R\$ 60,90

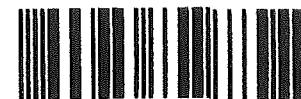
Totalizador por Operadora			
	Nº de USOs:		3526
	Nº de atendimentos:		17
	Valor:		R\$ 1.234,10
Totalizador			
	Nº de USOs:		3526
	Nº de atendimentos:		17
	Valor:		R\$ 1.234,10

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/08/2020 17:05

Página 1 de 1



326143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 04/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642539	7-Data Validade da Senha 16/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202528874100001301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE CARAMBEI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDISON RODRIGO COELHO DE MOURA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano EDISON RODRIGO COELHO DE MOURA
---	-----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	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	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/07/2012		Edison
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			03/08/2012		Edison
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			03/08/2012		Edison
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			03/08/2012		Edison
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			03/08/2012		Edison
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			20/08/2012		Edison
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			20/08/2012		Edison
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			25/08/2012		Edison
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			25/08/2012		Edison
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 418,00	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.

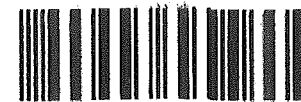
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/2012 <i>Patricia Guido Carneiro</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/2012 <i>Edison Rodrigo Coelho de Moura</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/2012 <i>Edison Rodrigo Coelho de Moura</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624

CPI 018.112.869-17

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/2012	4-Data de Autorização 21/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799753	7-Data Validade da Senha 17/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202519446400021002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FRISIA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITOR EMANUEL SILVA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LODRIGUE MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	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			21/08/2012		+BST
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00			25/08/2012		+BST
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	V	1	61,00	0,00			25/08/2012		+BST
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 167,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

Alterada a Guia de temporária para definitiva.

Patricia G. Carneiro
CRO-20624

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

CPF 018.112.869-17



332344
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 04/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7674907	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202519446400024301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FRISA COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MAYARA DA LUZ RODRIGUES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MAYARA DA LUZ RODRIGUES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		18-Número no CRO 20624		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		23-Número no CRO 20624		24-UF PR		25-Código CNES (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	
				27-Número no CRO 20624		28-UF PR		29-Código CBO S (I) 85100200			

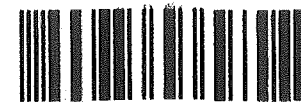
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
3	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	14/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
7	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/07/20		<i>Patricia G. Carneiro</i>
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 276,00	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 21/07/20 <i>Patricia G. Carneiro</i>		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/20 <i>Patricia G. Carneiro</i>		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/20 <i>Patricia G. Carneiro</i>		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-7



341943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/12	4-Data de Autorização 21/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7717125	7-Data Validade da Senha 18/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202519446400058201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FRISIA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDRO CLEDER DE PAULA DA LUZ		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SANDRO CLEDER DE PAULA DA LUZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	28-UF PR	29-Código CBO S		

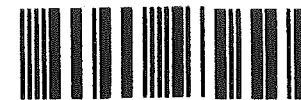
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/12		<i>Sandro</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			23/10/12		<i>Sandro</i>
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/10/12		<i>Sandro</i>
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/10/12		<i>Sandro</i>
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/10/12		<i>Sandro</i>
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/10/12		<i>Sandro</i>
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatim Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 235,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/12 <i>grone</i>		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/12 <i>grone</i>		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/12 <i>Sandro</i>		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO-20624
CPF 018.112.869-17



332009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7673711	7-Data Validade da Senha 28/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530674900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRA DE LIMA PIRES	14-Telefone 28/12/1989	15-Nome do titular do plano ALEXANDRA DE LIMA PIRES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (IF) 85200166-45
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 81000421-RPSE (I) 85100218 (I) 81000421-RPID	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

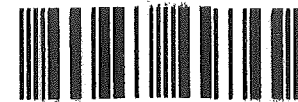
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/07/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			08/07/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OP	1	88,00	0,00			08/07/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/07/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/07/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/07/20		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/07/20		
8	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00			21/07/20		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			21/07/20		
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			21/07/20		
11	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	258,00	0,00			/ /		
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODL	1	122,00	0,00			/ /		
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 804,00	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 21/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



360405
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803503	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524719400000501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAURICIO VICENTE DE CASTRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSICLER PRODOCIMO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSICLER PRODOCIMO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	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			21/10/2012		Rosi
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			21/10/2012		Rosi
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			21/10/2012		Rosi
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			21/10/2012		Rosi
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			21/10/2012		Rosi
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

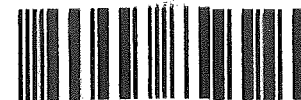
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatna Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



357691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/81/20	4-Data de Autorização 17/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791142	7-Data Validade da Senha 14/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020251928450000302	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa SERRA VERDE TRANSPORTE	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ILZE APARECIDA BRANDT DA CRUZ	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 10/04/1973	16-Nome do titular do plano JUÁREZ MARCOS LOPES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO
18-Número no CRO 20624	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO
23-Número no CRO 20624	24-UF PR
25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624
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			17/10/81/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			17/10/81/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			17/10/81/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			17/10/81/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			17/10/81/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatim Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 1714,00	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 17/10/81/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/81/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/81/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



360215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802679	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020252471940000401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAURICIO VICENTE DE CASTRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSE ORLAN ROSA DE LARA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE ORLAN ROSA DE LARA
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 20624	18-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624		24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/20		Orla
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			23/10/20		Orla
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			23/10/20		Orla
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			23/10/20		Orla
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			23/10/20		Orla
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		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2020		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2020		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2020		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



327684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/20	4-Data de Autorização 23/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648710	7-Data Validade da Senha 20/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510875100196003		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HENDRIL EDUARDO RIBEIRO DOS SANTOS	14-Telefone () 000-00000	15-Nome do titular do plano LIVINO DE JESUS DOS SANTOS
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

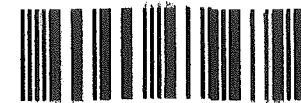
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/20		Hendril
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	01/10/20		Hendril
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 95,00	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 01/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



338383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7700951	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202519446400024302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FRISIA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR FERNANDES				14-Telefone 24/09/2014	15-Nome do titular do plano MAYARA DA LUZ RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 01811286917		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		23-Número no CRO 20624		24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624		28-UF PR		29-Código CBQ S		

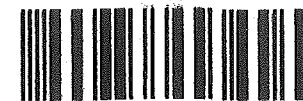
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/10/2012		Mayara
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			16/10/2012		Mayara
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-Exatidão Radiológica 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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2012 Mayara		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	---	--	--	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



346962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2010	4-Data de Autorização 13/11/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7741084	7-Data Validade da Senha 12/07/2010
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529635400000501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FABIANE ANDREA GREIDANUS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS	
---	--	----------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		18-Número no CRO 20624		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		23-Número no CRO 20624		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624		28-UF PR		29-Código CBO S					

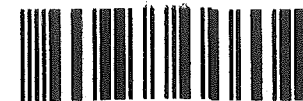
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	D	1	61,00	0,00			03/08/20		Patricia
2												
3												
4												
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		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2010 + Joseli Carneiro		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



344446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7730029	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020252963540000501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FABIANE ANDREA GREIDANUS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSELI CANDIDA CARNEIRO SANTOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (j) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	28-UF PR	29-Código CBO S				

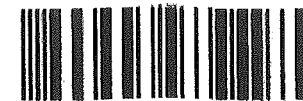
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glósa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/07/20		Josele
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			03/08/20		Josele
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00			03/08/20		Josele
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/07/20		Josele
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/07/20		Josele
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/07/20		Josele
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/07/20		Josele
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	M	1	61,00	0,00			17/08/20		Josele
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 384,00	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 17/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO 20624 CPF 018.112.869-17
---------------	---	---	---	--

Patricia G. Carneiro



351667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2011	4-Data de Autorização 10/08/2011	6-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763368	7-Data Validade da Senha 03/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510875100196004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome STEFFANY LAVÍNIA RIBEIRO DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LIVINO DE JESUS DOS SANTOS
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código da Operadora / ONPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	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	55	0	1	61,00	0,00			10/08/2011		Patricia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

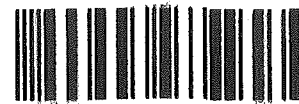
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatim Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------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

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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Patricia G. Carneiro
CRO 20624

CPF 018.112.869-17



351659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763317	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EXAL ADM DE RESTAURANTES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510285600153601									
13-Nome LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS			
				20/04/1968					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		18-Número no CRO 20624		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		23-Número no CRO 20624		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO				27-Número no CRO 20624		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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00			13/08/20		Lenilda
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			13/08/20		Lenilda
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-Exatim 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 13/08/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 x Lenilda		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
								Patriccia G. Carneiro CRO 20624 CPF 018.112.869-17	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7753648	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510285600153601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXAL ADM DE RESTAURANTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LENILDA DE FATIMA OLIVEIRA DOS ANJOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faço	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/10/2012		Lenilda
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			13/10/2012		Lenilda
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VP	1	88,00	0,00			13/10/2012		Lenilda
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			20/10/2012		Lenilda
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			20/10/2012		Lenilda
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			20/10/2012		Lenilda
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			03/10/2012		Lenilda
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			03/10/2012		Lenilda
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			03/10/2012		Lenilda
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			03/10/2012		Lenilda
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatire Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 506,00	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 20/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO 20624 CPF 018.112.869-17	
---	--	---	--	---	--	--	--



357692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/08	4-Data de Autorização 17/10/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791143	7-Data Validade da Senha 14/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251928450000303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERRA VERDE TRANSPORTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEWIN DA CRUZ OLIVEIRA		14-Telefone 11/03/2003	15-Nome do titular do plano JUAREZ MARCOS LOPES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		27-Número no CRO 20624	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			16/08/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/08/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/08/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/08/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/08/20		
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 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

Patricia G. Carneiro
CRO 20624

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

CPF 018.112.869-17