



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

431280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8104824	7-Data Validade da Senha 01/10/13
8-Nome do Beneficiário MARCOS AURELIO CASSILHA GONCALVES		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		13-Data de Autorização 29/12/1961		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Identificação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	15-Nome do titular do plano ROSANA DO PILAR PINTO GONCALVES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107316421416915911	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-UF PR	24-UF PR	25-Código CNES Envlar - RX (1) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRD 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	39-Franquia/Co-participação R\$	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	37-Valor
1-001815110102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OML	11221010	10,00
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tipologia Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11221010	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

69-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/11/2012 Marcia Ricardo

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/2012 Marcia Ricardo

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/2012 Marcia Ricardo

53-Data, local e Carimbo de Empresa
01/11/2012

54-Data, local e Carimbo de Empresa
01/11/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



411012
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 2 / 2 1 1

8-Número da Guia Principal
8020322

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 0 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 4 / 1 1 / 2 0

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
/ / /

10-Empresa
MUNICÍPIO DE ANTONINA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Data de Autorização
19/12/2005

13-Plano
POS REDE PRESTADORA

14-Telefone
() 8 5 2 7 1 9 2 5 9

15-Nome
LARISSA DE CASTRO DO ROSARIO PEREIRA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

19-Nome do titular do plano
RENATA DE CASTRO DO ROSARIO

18-Número no CRD
29797

17-Nome do Profissional Solicitante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

20-Código CBO 8
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 7 3 6 4 2 1 4 6 9 1 5 9

22-Nome do Contratado Executante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

23-Número no CRD
29797

24-UF
PR

25-Código CNE3
PR

26-UF
PR

27-Número no CRD
29797

28-UF
PR

29-Código CBO 8

30-Telefone
48

31-Código do Procedimento
EXODONTIA SIMPLES DE

32-Descrição
EXODONTIA SIMPLES DE

33-Dente/Régulo
48

34-Face
7 3 1 0 1 0

35-Qtd
1

36-Quantidade US
7 3 1 0 1 0

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
20/11/2020

41-Motivo da Class 42-Assinatura
Renata

42-Valor Total R\$
0,00

43-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

44-Tipo de Faturamento
1

45-Tipo de Faturamento
1

46-Total Quantidades US
7 3 1 0 1 0

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
20/11/2020 Renata Ricardo

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/11/2020 Renata Ricardo

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2020 Renata Ricardo

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2020 Renata Ricardo

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2020 Renata Ricardo

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2020 Renata Ricardo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

418490
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Série
11/11/2012

8-Número da Guia Principal
8051431

9-Série
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/16/11

3-Plano
POS REDE PRESTADORA

5-Data de Emissão da Guia
11/13/11

6-Plano
28/04/2000

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TALIA FARIAS DIAS

14-Telefone
15-Data Validade da Carteira
16-Telefone
17-Nome do Profissional Solicitante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
18-Número do CRD
29797
19-UF
PR
20-Código CBO 3
025 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10.713.164.21416191591
22-Nome do Contratado Executante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
23-Número no CRD
29797
24-UF
PR
25-Nome do Profissional Executante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
26-Número no CRD
29797
27-UF
PR
28-Código CBO 3

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Rapido
34-Face
35-Clin
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo de Class 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	34-Face	35-Clin	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class 42-Assinatura
1-0	018100001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/16/11	Talia Farias Dias
2-0	01820000813	FRENULECTOMIA LABIAL	1	1	1	212,00	0,00	0,00	1	11/16/11	Talia Farias Dias
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Cópia da Empresa



lançadeira para você ler

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão de Guia 16/10/2019
 4-Data de Autorização 17/10/2019
 5-Sinthe AUTORIZADO
 6-Número de Guia Principal 7876181
 7-Data Validade de Sinthe 15/12/2019
 376458 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
 8-Número de Carteira 101020252791911000118021
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa MOTA PRESTACAO DE SERVICOS
 11-Data Validade de Carteira
 12-Número do Contrato Nacional de Saúde
 13-Nome DANIELE CORDEIRO DO AMARAL
 22/02/1989
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano MARCIO CECYN GONCALVES CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Matrimônio a RN RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
 18-UF PR
 19-UF PR
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 073642469159
 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
 23-Número no CRO 29797
 24-UF PR
 25-Código CHES
 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
 27-Número no CRO 29797
 28-Código CBO S
 29-Envio - RX (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Observação	33-Dente/Rigido	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0	018510101916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	0	18/11/2019	Daniela
2-0	018510102010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	81,00	0,00	0,00	0	18/11/2019	Daniela
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Custo Previsto/Termo do Tratamento 18/11/2019
 44-Tipo de Atendimento 1-1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-1-1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 149,00
 47-Valor Total RS 10,00
 48-Total Frequência/Co-participação RS

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.

48-Observações
 49-Imagens analisadas.
 50-Data, Assinatura e Assinatura do Conselho Odontológico Solicitante 18/11/2019 Renata Louize da Silva Ricardo
 51-Data Oficial e Assinatura do Conselho Odontológico 18/11/2019 Renata Louize da Silva Ricardo
 52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/11/2019 Daniela
 53-Data, Assinatura e Assinatura do Operadora 18/11/2019 Daniela
 54-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Assistente 18/11/2019 Daniela



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-*

423497
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/12/10	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071982	7-Data Validade da Série 18/10/21/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 101020252731490000402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade da Carteira	13-Nome ROSEMERE ALVES PINHEIRO	14-Telefone 07/03/1966						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Matrimônio e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-LUF PR	20-Código CBO 5 025 -	Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0736421469519	22-Nome do Contratado Especiente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-LUF PR	25-Código CNEB							
26-Nome do Profissional Especiente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-LUF PR	29-Código CBO 5								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra 42-Signatura
1-0	1851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	0,00	0,00	0,00		18/10/21	ROSEMERE ALVES PINHEIRO
2-0											
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1	45-Tipo de Faturamento 1-1	46-Tipo de Faturamento 1-1	47-Valor Total R\$ 6,10	48-Total Quantidade US 1,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20 Renata Louze	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/11/20 Rosemere Alves A	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/11/20 Rosemere Alves A	53-Data, local e Cópia de Empresa 18/11/20	54-Data, local e Assinatura 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											



423472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071827	7-Data Validade da Senha 18/02/21						
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 010202527311490100010402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome ROSEMERE ALVES PINHEIRO		14-Teléfono 07/03/1966	15-Nome do titular do plano ALCIONE PINHEIRO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 073642416959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO 5								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Obose 42-Assinatura
1-	010182101018159	EXODONTIA DE RAIZ	13	1	1	73100	0,00			20/11/20	Rosemere
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20	44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73100	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 e 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) em 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											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Rosemere Alves P	53-Data, local e Carimbo de Empresa 20/11/20								

Drx. Renata Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 23797/PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



421676 INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064440	7-Data Validade da Senha 16/02/21						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 01020215273114910000402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome ROSEMERE ALVES PINHEIRO		14-Telefone 07/03/1966	15-Nome do titular do plano ALCIONE PINHEIRO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
18-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO 8							
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 Olosa 42-Assinatura
1-	0181511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00			20/11/20	Renata
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20	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\$						
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/11/20 Rosemere Alves A	53-Data, local e Cartão da Empresa 20/11/20								

Dr. Renata Ricardo
Cirurgia Dentista
CRO 29797/PR



421742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064712	7-Data Validade de Senha 11/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025133511110000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome YURI MARTINS DE QUEIROZ		14-Telefone 14/07/1996	15-Nome do titular do plano KARIENE ALVES XAVIER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S		

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/11/2011	Yuri
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			19/11/2011	Yuri
3-0	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			19/11/2011	Yuri
4-0	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			19/11/2011	Yuri
5-0	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			19/11/2011	Yuri
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2011 Renato Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2011 Renato Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2011 Yuri Martins de Queiroz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2011 Dr. Renato Ricardo Cirurgião Dentista CRO 29797/PR
--	--	---	---



420470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8059597	7-Data Validade da Senha 15/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020210215216181618121010101721021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELA GARCIA ALBUQUERQUE		14-Telefone 27/09/1978 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0736424619591		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Resposta
1-	0018100000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				17/11/20		
2-	0018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50				17/11/20		
3-	0018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50				17/11/20		
4-	0018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50				17/11/20		
5-	0018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIJ		1	3,50				17/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/11/20	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 11714,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	------------------------------------	-----------------------------	--

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 17/11/20 Renata Ricardo	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20 Renata Ricardo	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, Local e Assinatura do Responsável 17/11/20
--	--	---	--

Dr(a) Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421280 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2017	4-Data de Autorização 18/11/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062796	7-Data Validade da Senha 15/02/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253351110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA			

13-Nome KARIENE ALVES XAVIER	14-Telefone 15/01/2001	15-Nome do titular do plano KARIENE ALVES XAVIER
---------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO 8
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/11/2017		Kariene
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/11/2017		Kariene
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/11/2017		Kariene
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/11/2017		Kariene
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/11/2017		Kariene
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/11/2017	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 1174,00	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), 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.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2017 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2017 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2017 Kariene	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/11/2017 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR
--	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
5-Sentença AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8078078
7-Data Válida da Sentença 12/11/01 12/11/12 11
10-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
11-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
12-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
13-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
14-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
15-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
16-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
17-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
18-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
19-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
20-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
21-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
22-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
23-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
24-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
25-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
26-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
27-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
28-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
29-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
30-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
31-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
32-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
33-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
34-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
35-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
36-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
37-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
38-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
39-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
40-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
41-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
42-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
43-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
44-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
45-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
46-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
47-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
48-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
49-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
50-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
51-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
52-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
53-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
54-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
55-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
56-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
57-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
58-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
59-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
60-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
61-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
62-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
63-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
64-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
65-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
66-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
67-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
68-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
69-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
70-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
71-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
72-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
73-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
74-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
75-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
76-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
77-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
78-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
79-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
80-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
81-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
82-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
83-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
84-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
85-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
86-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
87-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
88-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
89-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
90-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
91-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
92-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
93-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
94-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
95-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
96-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
97-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
98-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10
99-Data de Emissão da Guia 12/13/11 11/2 10
100-Data de Autorização 12/13/11 11/2 10

11-Data Válida da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome do titular do plano
14-Teléfono
15-Data Válida da Carteira
16-Data Válida da Carteira
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Número no CRO
19-UF
20-Código CBO 3
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
22-Nome do Contratado Executante
23-Número no CRO
24-UF
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
27-Número no CRO
28-UF
29-Código CBO 3
30-Data de Realização
31-Franchise/Co-participação R\$
32-Quantidade US
33-Valor
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franchise/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Causa
42-Signatura
43-Valor Total R\$
44-Total Quantidade US
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Data de Realização	31-Franchise/Co-participação R\$	32-Quantidade US	33-Valor	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Signatura
1-10/01/11 00:00:00	15	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1,34,10,0	1	1	1,34,10,0	0,10,0	0,10,0	0,10,0	11/11/11	HELOISE V.	HELOISE V.
2-10/01/11 00:00:00	15	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1,72,10,0	1	1	1,72,10,0	0,10,0	0,10,0	0,10,0	11/11/11	HELOISE V.	HELOISE V.
3-11/11/11 00:00:00	15											
4-11/11/11 00:00:00	15											
5-11/11/11 00:00:00	15											
6-11/11/11 00:00:00	15											
7-11/11/11 00:00:00	15											
8-11/11/11 00:00:00	15											
9-11/11/11 00:00:00	15											
10-11/11/11 00:00:00	15											
11-11/11/11 00:00:00	15											
12-11/11/11 00:00:00	15											
13-11/11/11 00:00:00	15											
14-11/11/11 00:00:00	15											
15-11/11/11 00:00:00	15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/13/11 11/2 10
44-Tipo de Atendimento 1
45-Tipo de Faturamento 1
46-Tipo de Faturamento 1
47-Valor Total R\$ 10,10,0
48-Total Franquia / Co-participação R\$
49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)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.
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-*



423911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/07/11 11/2 0

4-Dia de Autorização
23/11/11 1/2 0

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8076459

7-Dia Validade da Série
18/10/12 1/2 1

8-Número da Carteira
002020152161812000121902

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
MUNICÍPIO DE ANTONINA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
ANA PAULA DA SILVA FERNANDES

14-Telefone
24/04/1986

15-Endereço e RN
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

16-Endereço e RN
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

17-Nome do Profissional Solicitante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

18-Código na Operadora / CNPJ / CPF
017316424169519

19-Nome do Profissional Emocante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

20-Nome do Profissional Emocante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
017316424169519

22-Nome do Contratado Exceciente
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

23-Número no CRG
29797

24-Número no CRG
29797

25-Código CBO 3
025 - Faturar Empresa

26-Código CBO 3
29797

27-Número no CRG
29797

28-Número no CRG
29797

29-Código CBO 3
025 - Faturar Empresa

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Dia de Realização
41-Motivo da Classe 42-Assinatura

1-000181000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA
2-000181000198 PROFILAXIA: POLIMENTO
3-000181000198 PROFILAXIA: POLIMENTO
4-000181000198 PROFILAXIA: POLIMENTO
5-000181000198 PROFILAXIA: POLIMENTO
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

43-Dia Previsto Término do Tratamento
23/11/11 11/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidades US
117141010

47-Valor Total R\$
101010

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Dia, local e Assinatura do Contrato-Odontológico
23/11/11 11/20 Renato Ricardo

51-Dia, local e Assinatura do Contrato-Odontológico
23/11/11 11/20 Ana Paula

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

53-Dia, local e Cartão de Empresa
23/11/11 11/20 Ana Paula

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

57-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

59-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

60-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

61-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

63-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

64-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

65-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

66-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

67-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

68-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

69-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

70-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

71-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

72-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

73-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

74-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

75-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

76-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

77-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

78-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

79-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

80-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

81-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

82-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

83-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

84-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

85-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

86-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

87-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

88-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

89-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

90-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

91-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

92-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

93-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

94-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

95-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

96-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

97-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

98-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

99-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

100-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

101-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

102-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

103-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

104-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

105-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

106-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

107-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

108-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

109-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

110-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

111-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

112-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

113-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

114-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

115-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

116-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

117-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

118-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

119-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

120-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

121-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

122-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

123-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

124-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

125-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

126-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

127-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

128-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

129-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

130-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

131-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

132-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

133-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

134-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

135-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

136-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

137-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

138-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

139-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

140-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

141-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

142-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

143-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

144-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

145-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

146-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

147-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

148-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

149-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

150-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

151-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

152-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

153-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

154-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

155-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

156-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

157-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

158-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

159-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

160-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

161-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

162-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

163-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

164-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

165-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

166-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

167-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

168-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

169-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

170-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

171-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

172-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

173-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

174-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

175-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

176-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

177-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

178-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

179-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

180-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

181-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

182-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

183-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

184-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

185-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

186-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

187-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
23/11/11 11/20 Ana Paula

188-Dia, local e Ass



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422672
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Sanha
11/10/2012

6-Número de Guia Principal
8068387

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/11

3-Data de Emissão da Guia
11/11/12

2-Data de Autorização
12/01/11

1-Registo ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira: 010202025303818110100101011

9-Plano: POS REDE PRESTADORA

10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira: / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde: / /

13-Nome: ANDERSON TADEU DE ARAUJO RAMOS

14-Telefone: () / /

15-Nome do titular do plano: ANDERSON TADEU DE ARAUJO RAMOS

16-Número no CRD: 29797

17-UF: PR

18-Número no CRD: 29797

19-UF: PR

20-Código CBO 9: 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 01713642461959

22-Nome do Contratado Escrutante: RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

23-Número no CRD: 29797

24-UF: PR

25-Código CINES: /

26-UF: PR

27-Número no CRD: 29797

28-UF: PR

29-Código CBO 9: /

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-Nível de Classe	42-Assinatura
1-0	01820008175	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	173100		01010		12/09/11	20	[Assinatura]
2-0	01820008175	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	173100		01010		12/09/11	20	[Assinatura]
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento: 12/11/12

44-Tipo de Atendimento: 1 - Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento: 1 - Total

46-Total Quantidade US: 1148100

47-Valor Total R\$: 10100

48-Total Franquia / Co-participação R\$: /

49-Observação:

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), folhiaram 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 12/01/11, Renata Louize

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário: 12/01/11, Renata Louize

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 12/01/11, Renata Louize

53-Data, local e Campo de Empresa: 12/01/11, Renata Louize



transfere para a você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

421543
INTERCÂMBIO

1-Registro A/S 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011
4-Data de Autorização 18/11/2011
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8063997
7-Data Validação de Senha 16/10/2011
8-Número de Carteira 010202527919100001802
10-Empresa MOTA PRESTACAO DE SERVICOS
11-Data Validação de Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE CORDEIRO DO AMARAL
14-Telefone 22/02/1989
15-Plano POS REDE PRESTADORA
16-Nome do titular do plano MARCIO CECYN GONCALVES CORREA
17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
18-Número no CRD 29797
19-UF PR
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código do Operador / CNPJ / CPF 073614241619591111
22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
23-Número no CRD 29797
24-UF PR
25-Código CNES 29797
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO
27-Número no CRD 29797
28-UF PR
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
Enviar - RX (I) 85100200 (O) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Face	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Classe 42-Assinatura
1-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	18,810,00	0,10,00	0,10,00		18/11/2011	Danielle
2-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	1	18,810,00	0,10,00	0,10,00		18/11/2011	Danielle
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/11/2011
44-Tipo de Alinhamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência-Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 117,610,00
47-Valor Total R\$ 10,10,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (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 19/11/2011 Renata Louize
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2011 Renata Louize
52-Data, local e Assinatura do Bancário/Responsável 19/11/2011 Danielle
53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014101	7-Data Validade da Senha 28/01/21	409237 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202528226000014014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome THIFANY WISTUBA DO ROSARIO		14-Telefone 05/01/2011 (41) 3432-1398	15-Nome do titular do plano PATRICIA MARA MENDES WISTUBA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	Envlar - RX (f) 85100218 (f) 85100218							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNEB (f) 85100200 (f) 85100200	(f) 85100218 (f) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S (f) 85100218 (f) 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 Classe	42-Assinatura
1	008110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		Patricia
2	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OLV	1	22,00	0,00		S	03/11/20		Patricia
3	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,00	0,00		S	06/11/20		Patricia
4	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OVL	1	22,00	0,00		S	06/11/20		Patricia
5	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OP	1	8,00	0,00		S	06/11/20		Patricia
6	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,00	0,00		S	10/11/20		Patricia
7	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OP	1	8,00	0,00		S	10/11/20		Patricia
8	0081511000218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OPV	1	22,00	0,00		S	17/11/20		Patricia
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/11/20	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 1752,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
49-Observação . Imagens analisadas												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/11/20 Patricia		53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR						



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/09/2010	4-Data de Autorização 01/09/2010	5-Serção AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7856962	7-Data Validade de Serção 01/08/2011	372287 INTERCÂMBIO					
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 01020252694360001402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICO AUTONOMO MUNICIPAL	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome LUIZ GUSTAVO CALONASSI XAVIER		14-Telefone 03/03/1993	15-Nome do titular do plano WILLIAN CLAY CALONASSI SANTOS								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0173642461959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200						
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO B								
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
2-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
3-	01085110020100	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	818,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
4-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
5-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
6-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
7-	01085110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	611,00	0,00			01/10/10	[Assinatura]
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 4154,00		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), foi(fo)rem 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 01/10/10 Renata Ricardo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/10 Renata Ricardo			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/10 [Assinatura]			53-Data, local e Carteira de Empresa 01/10/10 Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419835 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2010	4-Data de Autorização 17/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056877	7-Data Validade de Senha 14/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020202152161816820000099011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARAMIS DOS SANTOS MARTINS			14-Telefone 07/04/1968 () - () - () - () - () - ()	15-Nome do titular do plano ARAMIS DOS SANTOS MARTINS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959		22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO			26-Número no CRO 29797	27-UF PR	28-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rigido	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cbose	42- Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/12/20		Renata Ricardo
2-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00			01/12/20		Renata Ricardo
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/12/2010	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 1107,00	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 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 01/12/2010 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2010 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2010 Aramis 07	53-Data, local e Centro de Emissão 01/12/2010
--	--	---	--

Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8101056	7-Data Válida da Senha 28/12/21	430427 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------

8-Número de Carteira 010210215017711015101016112109		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILIZE DO ROCIO ROCHA BELIZARIO	14-Telefone 05/011970 () 31424151315	15-Nome do titular do plano MARILIZE APARECIDA ROCHA BELIZARIO
--	--	---

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNEB
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	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 Class	42-Assinatura
1	0181100101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		314,00	0,00			30/11/20		marilize
2	0181200101715	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1		73,00	0,00			30/11/20		marilize
3	0181200101715	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1		73,00	0,00			30/11/20		marilize
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/11/20	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 11810,00	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 pegar 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 30/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Marilize do Rocio Belizario	53-Data, local e Cambio da Empresa 30/11/20
--	--	---	--

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR



418512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051463	7-Data Validade da Senha 11/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531119040000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDA EDUARDA VIEIRA		14-Teléfono 27/02/2007	15-Nome do titular do plano ALEXANDRA TEREZA PEREIRA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operador / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	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 de Omissão	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			20/11/20		<i>Assinatura</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			20/11/20		<i>Assinatura</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20	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 1122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esgotado 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 20/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Alexandra Tereza Pereira Vieira	53-Data, local e Cartão da Empresa 20/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR
---------------	--	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

411877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023936	7-Data Validade de Serão 02/02/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número de Carteira 002022526868200011305	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LAURA SOPHIA GONCALVES DA CRUZ		14-Teléfono 21/01/2014	15-Nome do titular do plano ROSANA DO PILAR PINTO GONCALVES									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 01713642246959	22-Nome do Contratado Exatante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Exatante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	82		1	73,00	0,00			02/02/2021		Rosana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/20	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												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2020 Renato Ricardo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2020 Renato Ricardo			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/02/2021 Rosana			53-Data, local e Carimbo de Empresa 02/02/2021 Dra. Renata Ricardo Cirurgia Dentista CRO 29797/PR			



424870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2011	4-Data de Autorização 24/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078052	7-Data Válida de Senha 21/10/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020250116270001158306	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LEOMAR CANDIDO XAVIER		14-Telefone 14/06/1964	15-Data de Nascimento		15-Nome do titular do plano KELY XAVIER DE CASTRO							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 01736424161959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Características	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			24/11/2011		Renata
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			24/11/2011		Renata
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			24/11/2011		Renata
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			24/11/2011		Renata
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			24/11/2011		Renata
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/2011	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 24/11/2011 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2011 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2011 Leomar C. Xavier	53-Data, local e Carimbo de Empresa 24/11/2011 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR									



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8075928	7-Data Validade da Senha 18/02/21	423837 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 002021528226000000501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ADILSON DIAS CARDOSO	14-Telefone 04/08/1978 () - -	15-Nome do titular do plano ADILSON DIAS CARDOSO
---------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO 8
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz/lig	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-	008100000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/20		Adilson
2-	008200008715	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	24/11/20		Adilson
3-	008200008715	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	24/11/20		Adilson
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/11/20	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 180,00	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 este 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 24/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Adilson Dias Cardoso	53-Data, local e Carimbo de Empresa 24/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO-29797/PR
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078504	7-Data Validade de Serha 21/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número de Carteira 0020252686820000117203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	
13-Nome FLAVIA VIEIRA DA SILVA	14-Telefone () 3432-1036	15-Nome do titular do plano SOELI DA SILVA GOUVEIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 017364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	008110000815	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3400	0,00		S	24/11/20		Renata Ricardo
2	00814000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR				720	0,00		S	24/11/20		Renata Ricardo
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontodia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10600	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 24/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/11/20 Flavia Vieira da Silva	53-Data, local e Carimbo de Empresa 24/11/20
--	--	--	---

Dr. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO-29797/PR



424867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8078041	7-Data Validade de Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002020250116270010158304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HÍAGO FELIPE DE CASTRO BROSKA	14-Telefone () -	15-Data de Início do plano 05/07/2004	16-Nome do titular do plano KELY XAVIER DE CASTRO
--	----------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			20/11/20		Kely
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/11/20	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), 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 24/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Kely	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
--	--	--	---

Dr. Renata Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 29797/PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8057021	7-Data Validade de Senha 14/02/21						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010202526868200001002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome HELENA DO PILAR GELAMOS SALOW		14-Telefone 14/09/2014 () 844610535	15-Nome do titular do plano JANAINA LEONOR GELAMOS DO PRADO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa						
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO 8								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa/Justificativa
1-	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	17/11/20	Janaína
2-	01084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1	1	7,20	0,00		S	17/11/20	Janaína
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/11/20	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 1106,00	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 temporária para definitiva.											
50-Data, local e Assinatura do Cópula-Donatário Solicitante 17/11/20 Renata Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cópula-Dentista 17/11/20 Renata Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20 Janaína	53-Data, local e Cópula de Emergência 17/11/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional 17/11/20 Dr. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR							



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2020	4-Data de Autorização 22/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976770	7-Data Validade de Senha 18/01/21	400316 INTERCÂMBIO																	
Dados do Beneficiário																							
8-Número de Carteira 010210215217311419101010140121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome ROSEMERE ALVES PINHEIRO	14-Telefone 07/03/1966 () - / -	15-Nome do titular do plano ALCIONE PINHEIRO																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Alandamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07316142146191519	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES																			
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	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-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura												
1-	018151101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	811010	0100	S	22/11/20	20	Rosmere												
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsto Término do Tratamento 22/11/20							44-Tipo de Alandamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 611010		47-Valor Total R\$ 0100		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 22/11/2020 Renato Ricardo						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2020 Renato Ricardo						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/11/2020 Rosmere						53-Data, local e Cópia de Empresa 22/11/2020 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR					



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011 4-Data de Autorização 11/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8061710 7-Data Validade da Senha 11/11/2011 420994 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 010210215321815518101010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome MARCIA FERREIRA DE AGUIAR 14-Telefone 03/11/1975 15-Nome do titular do plano MARCIA FERREIRA DE AGUIAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 07364246959 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 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 Cita	42- Assinatura
1-0	181100100165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/11/2011		[Assinatura]
2-0	181410101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			11/11/2011		[Assinatura]
3-0	181410101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			11/11/2011		[Assinatura]
4-0	181410101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			11/11/2011		[Assinatura]
5-0	181410101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			11/11/2011		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 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(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 11/11/2011 Renato Louize da Silva Ricardo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 Renato Louize da Silva Ricardo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011 [Carimbo] Dra. Renata Louize da Silva Ricardo Cirurgiã Dentista CRO-29797/PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



420986 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8061702	7-Data Validade de Semte 15/02/21						
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 0020215242711000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome LAHISA AGUIAR DOS ANJOS		14-Telefone 29/06/1993 () -	15-Nome do titular do plano LAHISA AGUIAR DOS ANJOS								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 07316424469519	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO B								
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 de Glosa 42-Assinatura
1-	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/11/20	Laísa
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/11/20	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											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20 Renato Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20 Renato Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Laísa	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/11/20	Dra. Renata Ricardo Cláudia Dentista CRO 29797/PR							