



455903
INTERCÂMBIO

1-Registro Ates 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8204762	7-Data Validade da Senha 18/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252939490000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FELIPE DE MELO SILVA		14-Telefone 16/01/2009	15-Nome do titular do plano JULIANA PENAYO DE MELO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/01/21		DR
2-	0081400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			22/01/21		DR
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21 Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR:23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Juliana Penayo de Melo	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	---	--



454814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 18/10/21	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8200526	7-Data Validade da Sinthe 15/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800052701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANGELA DE FATIMA CAETANO DOS SANTOS		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA DE FATIMA CAETANO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/01/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR-23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 RSC	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6809

5

Plano de Tratamiento / Procedimientos SolicitadosPrevisão Término do Tratamento

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/FR 1208 - CNIES 68089999

246

454905
INTERCÂMBIO

00000

100

41 - Motivo da Giosa 4

[illegible]

11121

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

Assessorial assistente e arcar com

STANDARD OPTION

COHERE0-96C.

2.4.4

1-Registro ANS 4066414	3-Cidade de Emissão da Guia 118110111211	4-Cidade de Autorização 119110111211	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Precatual 8204796	7-Duas Várias da Santa 1181101411211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101021021512191319141910101010111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Duas Várias da Carteira 111111111111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	455913 INTERCÂMBIO
13-Nome JULIANA PENAYO DE MELO					
14-Telefone (1111) 111111111111					
15-Nome do titular do plano JULIANA PENAYO DE MELO					
Dados do Contratado Respostável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015171311113131914181111	22-Nome do Contratado Encarregado DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Produtoral Encarregado DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO					
27-Número no CRO 23106					
28-UF PR					
29-Código CRO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
3300/1171

CLINICA ODONTOLÓGICA
53-Dala, local e Cambio da Esmalta
Scherberta

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

2.4.4



Joshua
 Joseph H. Ricciardi
 Joshua D. Dentista
 CRD/PR:23.106

C

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

1111

49-Observação

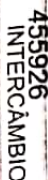
1101

SCHERER LTDA.

~~CNPJ: 07.738.896/0001-50~~

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

2.4



CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ: 07.738.896/0001-50

[illegible]

8-Numero da Carteira	00202524961200005501
9-Plano POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	
11-Dia Validade da Carteira	/ /
12-Numero do Codigo Nacional de Saude	

[illegible]

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Nome do Profissional Enunciante	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10	5	7	3	1	1	3	3	9	4	8							
Nome do Centralizado Enunciante	22-Nome do Centralizado Enunciante	DOUGLAS RICCI RAYMUNDO																	
23-Número no CRO	24-UF	23106																	
25-Código CNES	PR																		

DOUGLAS RICCI RI RAYMUNDO	47-Numero NO CNDU 23106	46-UF PR	47-Codiglo USU S
---------------------------	----------------------------	-------------	------------------

2) Tabel	3) Código do Procedimento	33) Dente/Região	34) Face	35) Cid	36) Quantidade US	37) Valor	38) Fornecedor/Co-participação R\$	39) Aut	40) Data de Realização	41) Motivo da Glosa	42) Assinatura
0/0	85100196	35	V	1	6100	0,00	S2819571				
RESTAURAÇÃO RESINA											

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

A series of 10 horizontal lines for handwriting practice. Each line consists of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line. Arrows indicate the direction of the strokes: a downward arrow on the left side of each line, and a rightward arrow on the dashed midline.

[illegible]

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100														
15. Termino de Trimestre																																																																																																			
16. Tipo de Evaluacion																																																																																																			
17. Total Opciones US																																																																																																			
18. Total Total \$																																																																																																			
19. MATRIA ENUNCIAR Coparticipo																																																																																																			

[illegible]

O tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CLINICAL ORIENTAT[illegible]

Cirurgião Dentista
CRO/PR-23.106
CNEJ: 07.738.899/1
CRO/PR 1206 - CNE

