

CRO: 9485/PR

Cirurgião Dentista: (17475) - ANA PAULA ROSA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
350773 - I	KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA (00202528226000001002)		04/08/2020	264	0.55	R\$ 145,20
350773 - I	KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA (00202528226000001002)		04/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350773 - I	KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA (00202528226000001002)		04/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
365175 - I	EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA (00202526868200012003)		27/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
365175 - I	EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA (00202526868200012003)		27/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
365175 - I	EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA (00202526868200012003)		27/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
365175 - I	EVELYN DE CASSIA RAMOS VIEIRA (00202526868200012003)		27/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
373355 - I	ORDILEY MARTINS (00202528053100001204)		10/09/2020	264	0.55	R\$ 145,20
373355 - I	ORDILEY MARTINS (00202528053100001204)		10/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
373355 - I	ORDILEY MARTINS (00202528053100001204)		10/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
373355 - I	ORDILEY MARTINS (00202528053100001204)		10/09/2020	183	0.69	R\$ 126,27
375152 - I	ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102)		14/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
375152 - I	ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102)		14/09/2020	122	0.69	R\$ 84,18
375476 - I	ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR (00202527314900000201)		15/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
375476 - I	ADONIR RIBEIRO DA COSTA JUNIOR (00202527314900000201)		15/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
375568 - I	ANNA JULIA SOUZA MARTINS (00202525414400000102)		15/09/2020	72	0.6	R\$ 43,20
377232 - I	LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404)		17/09/2020	176	0.55	R\$ 96,80
377232 - I	LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404)		17/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
377232 - I	LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404)		17/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
377232 - I	LOHANA DE PAULA BATISTA (00202529104900000404)		17/09/2020	122	0.69	R\$ 84,18
377776 - I	WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101)		17/09/2020	122	0.43	R\$ 52,46
377776 - I	WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101)		17/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
377776 - I	WANELLY COSTA FERNANDES (00202531934100000101)		17/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
377791 - I	SARA NAYANE FERNANDES FREIRE (00202531934100000102)		17/09/2020	88	0.55	R\$ 48,40
377791 - I	SARA NAYANE FERNANDES FREIRE (00202531934100000102)		17/09/2020	179	0.6	R\$ 107,40
377791 - I	SARA NAYANE FERNANDES FREIRE (00202531934100000102)		17/09/2020	244	0.69	R\$ 168,36
377801 - I	NAYARA ELEUTERO DOS SANTOS (00202532170500000102)		17/09/2020	325	0.6	R\$ 195,00
377801 - I	NAYARA ELEUTERO DOS SANTOS (00202532170500000102)		17/09/2020	183	0.69	R\$ 126,27
380246 - I	PEDRO HENRIQUE DIAS VIEIRA (002025273149000005103)		21/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
380246 - I	PEDRO HENRIQUE DIAS VIEIRA (002025273149000005103)		21/09/2020	183	0.69	R\$ 126,27
380251 - I	GABRIELA MORAIS PEDRO (40641400000202852803)		21/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
380251 - I	GABRIELA MORAIS PEDRO (40641400000202852803)		21/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
380260 - I	JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805)		21/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
380260 - I	JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805)		21/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
380260 - I	JANAINA ABILHOA MORAIS (40641400000202852805)		21/09/2020	122	0.69	R\$ 84,18

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

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

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

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

Totalizador por Operadora

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

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 09:02

Página 3 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Totalizador

Nº de USOs:	11204
Nº de atendimentos:	43
Valor:	R\$ 6.921,81

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 09:02

Página 4 de 4



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 05/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926084	7-Data Validade da Senha 30/12/20	387904 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025322739000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN	14-Telefone 31/12/1981	15-Nome do titular do plano JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
---	--	--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX
--	--	--------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200
--	--------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	12/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	12/10/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	19/10/20		
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	26/10/20		
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	122,00	0,00		S	02/11/20		
12	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	19/10/20		
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 716,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20 Ana Paula Rosa CRO 9485
--	--	---	--



405551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998662	7-Data Validade da Senha 25/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532273900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN		14-Telefone 31/12/1981	15-Nome do titular do plano JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00			09/11/20		1ª vez
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 09/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/11/20 Joao Antonio Cruz Martin	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA CRO 9485



392868
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946177	7-Data Validade de Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532292000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIANE DE ANDRADE GOULART	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIANE DE ANDRADE GOULART
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/11/20		mb
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/11/20		mb
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/11/20		mb
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/11/20		mb
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			10/11/20		mb
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/20	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 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 10/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/20 Mariane Goulart	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA CRO 9485
--	--	---	---



415650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8038932	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253229200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANE DE ANDRADE GOULART		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIANE DE ANDRADE GOULART	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	V	1	61,00	0,00		S	16/11/20		mg
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	19/11/20		mg
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Mariane Goulart	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20 DENTAL UNI
--	--	---	--



423281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070891	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533573600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENAN ANTONIO BOLZON		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano RENAN ANTONIO BOLZON		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100226
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MODV	1	122,00	0,00		S	23/11/20		Renan
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Renan A. Bolzon	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20 Ana Paula Rosa Cirurgião-Dentista	



401954
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/20	4-Data de Autorização 22/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983305	7-Data Validade da Senha 20/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202503676600149601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SALETE MALTA DE FREITAS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SALETE MALTA DE FREITAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/10/20		Saleta
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			26/10/20		Saleta
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			26/10/20		Saleta
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			26/10/20		Saleta
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			26/10/20		Saleta
6.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00			02/11/20		Saleta
7.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00			02/11/20		Saleta
8.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00			09/11/20		Saleta
9.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			12/11/20		Saleta
10.												Saleta
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 418,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Saleta de Freitas	53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/11/20 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	---



401898
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983118	7-Data Validade da Senha 20/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532618000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEX FERNANDO RATTI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEX FERNANDO RATTI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	02/11/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	02/11/20		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00		S	09/11/20		
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DM	1	88,00	0,00		S	09/11/20		
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 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
Drª Ana Paula Rosa			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/2020 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/11/2020 Alex Fernando Ratti	53-Data, local e Carimbo de Empresa 06/11/2020 Cirurgião Dentista CRO 9485



387843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7925773	7-Data Validação da Senha 30/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531952100000101	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 LUDGERO DA SILVA					
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano FERNANDA LUDGERO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Envir - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	27/10/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	03/11/20		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	10/11/20		
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 472,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Drª Ana Paula Rosa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/20 Fernanda Ludgero	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	--



423166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070543	7-Data Válida de Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253344760000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUSTAVO HENRIQUE LAGES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GUSTAVO HENRIQUE LAGES DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		Gustavo
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Gustavo
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Gustavo
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Gustavo
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Gustavo
6.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Gustavo
7.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Gustavo
8.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	27/11/20		Gustavo
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 357,00	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
imagens ok

Drª Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Gustavo	53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/20 CRO 9485
--	--	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/2020	4-Data de Autorização 29/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008685	7-Data Validade da Senha 27/01/21	408007 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202526868200007201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE	14-Telefone () - -	15-Data Validade da Carteira 28/07/1972	16-Nome do titular do plano MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE
--	------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 782161689314	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
---	--	--------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/10/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	MD	1	88,00	0,00	0,00	S	03/11/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	D	1	61,00	0,00	0,00	S	03/11/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	ID	1	88,00	0,00	0,00	S	24/11/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	42	MI	1	88,00	0,00	0,00	S	24/11/20		
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 447,00	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 24/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Marianee Garcia Albuquerque	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	---



415172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036787	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202528226000001702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEYVID COSTA CONRADO		14-Telefone 17/03/2008	15-Nome do titular do plano ADRIANO DE SOUZA CONRADO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/11/20		m.j.c.c
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	/ /		m.j.c.c
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	21/11/20		m.j.c.c
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	21/11/20		m.j.c.c
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	23/11/20		m.j.c.c
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	23/11/20		m.j.c.c
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 404,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2020 Ana Paula Rosa			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2020 m.j.c.c	53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/2020 Cirurgião Dentista CRO 9485
---------------	--	--	--	--	---	---



415512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8038301	7-Data Validade da Senha 08/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202527314900002402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIMARA DOS SANTOS	14-Telefone 17/01/1985	15-Nome do titular do plano EVALDO DE SOUZA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	12/11/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/11/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/11/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/11/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	14/11/2012		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	16/11/2012		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	20/11/2012		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	20/11/2012		
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 384,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo de Empresa 20/11/2012 [Carimbo] Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	--	--



373253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/09/2014	4-Data de Autorização 14/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7861410	7-Data Validade da Senha 09/12/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202526868200002201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSIANE FERREIRA DE ABREU		14-Telefone 10/12/1974	15-Nome do titular do plano ROSIANE FERREIRA DE ABREU		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/09/2014		Rosiane
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/10/2014		Rosiane
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/10/2014		Rosiane
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/10/2014		Rosiane
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	02/10/2014		Rosiane
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	13/10/2014		Rosiane
7	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	13/10/2014		Rosiane
8	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	12/11/2014		Rosiane
9	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00		S	12/11/2014		Rosiane
10	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MD	1	88,00	0,00		S	12/11/2014		Rosiane
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/2014	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 587,00	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 Grupo-Dentista Solicitante 12/11/2014 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2014 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2014 Rosiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2014 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	---



402786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987111	7-Data Validade de Senha 20/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253285580000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS		14-Telefone () -	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 ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OV	1	88,00	0,00		S	03/11/20		
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	03/11/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	03/11/20		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	03/11/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/20	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 560,00	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 . Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Gustavo dos Anjos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--



389842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7933624	7-Data Validade da Senha 03/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532497800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA FERNANDA DA COSTA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCIELE DA COSTA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		Franciele
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	15/10/20		Franciele
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	15/10/20		Franciele
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	15/10/20		Franciele
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20		Franciele
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20		Franciele
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	10/11/20		Franciele
8	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	10/11/20		Franciele
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/20	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 565,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20 Franciele Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 Franciele Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	--



402807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2020	4-Data de Autorização 26/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987228	7-Data Validade da Senha 20/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526868200023203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ODAIR FERREIRA DERIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIJ		1	35,00	0,00		S	26/11/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 357,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Odair Ferreira Derio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20 Município de Antonina
--	--	--	---



382474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903037	7-Data Validade de Senha 23/12/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202526868200008303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome GUILHERME SALDANHA FERNANDES			14-Telefone () 3233-7908	15-Nome do titular do plano LUCIELE SALDANHA FERNANDES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número na CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número na CRO 9485	24-UF PR
25-Código CNES (I) 85100200 (I) 85100200		26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número na CRO 9485	28-UF PR
29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/20		Guimarães
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	25/09/20		Guimarães
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	29/10/20		Guimarães
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		Guimarães
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	29/10/20		Guimarães
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	29/10/20		Guimarães
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	12/11/20		Guimarães
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	12/11/20		Guimarães
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		Guimarães
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/20	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 668,00	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, aceto 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.. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20 Ana Paulas	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 Ana Paulas	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Guimarães	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20 CRO 9485
--	--	---	--



390027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934463	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532277300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUE OTT	14-Telefone 30/10/1973	15-Nome do titular do plano MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operador / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		for
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/20		for
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		for
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		for
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/10/20		for
6	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODV	1	122,00	0,00		S	22/10/20		for
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	M	1	61,00	0,00		S	22/10/20		for
8	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MI	1	88,00	0,00		S	22/10/20		for
9	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	19/10/20		for
10	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	19/10/20		for
11	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	19/10/20		for
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/10/20	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 682,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 Josue Ott	53-Data, local e Carimbo de Empresa 22/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--


389860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	3-Data de Autorização 08/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7934423	7-Data Validade da Senha 03/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número do Cartão 00202532277300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT	14-Data de Nascimento 18/10/1987	14-Telefone () / /	15-Nome do Titular do plano MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora - CNPJ - CPF 78216168034	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/2012		Mariane
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		Mariane
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		Mariane
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		Mariane
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/10/2012		Mariane
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	03/11/2012		Mariane
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	03/11/2012		Mariane
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	03/11/2012		Mariane
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		Mariane
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		Mariane
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/11/2012	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 594,00	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 03/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 Mariane Oliveira Barboza Ott	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2012 Dental Uni Cooperativa
--	--	--	--



408234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8009553	7-Data Validade de Senha 27/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253288090000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABRICIO SANTOS MARTINS		14-Telefone 17/05/2002	15-Nome do titular do plano JUAREZ MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qts	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	29/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	10/11/20		
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	10/11/20		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/20	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 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 Juarez Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA Cirurgião-Dentista CRO 9485
--	--	--	--



408250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8009712	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253288090000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUAREZ MARTINS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUAREZ MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	29/10/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
11	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	29/10/20		
12	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	29/10/20		
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 655,00	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 30/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Juarez Martins	53-Data, local e Carimbo de Empresa 30/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA CRO 9485
--	--	--	---



401882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983086	7-Data Validade da Senha 20/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520540600020801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PASA PARANA OPERACOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSELITO DOS SANTOS		14-Telefone 25/12/1966	15-Nome do titular do plano JOSELITO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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	22/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/10/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	1	88,00	0,00		S	02/11/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	05/11/20		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		323,00		0,00				

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

49-Observação			
Drª Ana Paula Rosa			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20 CRO 9485



417978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048803	7-Data Validade da Senha 10/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202520540600020801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PASA PARANA OPERACOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSELITO DOS SANTOS		14-Telefone 25/12/1966	15-Nome do titular do plano JOSELITO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00			12/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação			
Drª Ana Paula Rosa Cirurgia Dentista CBO 9485			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Joselito dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20 Pasa Parana Operacoes



382763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7904300	7-Data Validação de Senha 23/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509816700003203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GR 3 TRANSPORTES LTDA ME	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEOVANA DA SILVA RIBEIRO		14-Telefone () 3422-5010	15-Data de validade do plano 28/01/2016	
16-Nome do titular do plano OSMAR RIBEIRO				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	X		1	34,00	0,00		S	24/09/20		Macedo
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7,20	0,00		S	24/09/20		Macedo
3	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	8,80	0,00		S	28/09/20		Macedo
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	8,10	0,00		S	28/09/20		Macedo
5	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	8,80	0,00		S	07/10/20		Macedo
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	8,10	0,00		S	07/10/20		Macedo
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	6,10	0,00		S	14/10/20		Macedo
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	6,10	0,00		S	14/10/20		Macedo
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	63	D	1	6,10	0,00		S	03/11/20		Macedo
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/11/20	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 587,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Macedo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	--	---



377153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/2012	4-Data de Autorização 21/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879548	7-Data Validade da Senha 16/11/2012
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 000202526868200010402			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome TATIANA TOSETTI			14-Telefone 13/11/1985	15-Nome do titular do plano LIDIA CHIARELLI DE SOUZA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934			22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA			27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S
					025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/2012		Tatiana
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/09/2012		Tatiana
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/09/2012		Tatiana
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/09/2012		Tatiana
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/09/2012		Tatiana
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	16/11/2012		Tatiana
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	16/11/2012		Tatiana
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	24/11/2012		Tatiana
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 384,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2012 Tatiana Tosetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2012 Tatiana Tosetti	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/2012 Ana Paula Rosa
--	---	---	--

Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista



415166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036750	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número de Carteira 00202528226000001703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS			
13-Nome MILENA TEIXEIRA COSTA CONRADO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANO DE SOUZA CONRADO	
		16/10/1987			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		m.j.c.c.
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		m.j.c.c.
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 m.j.c.c.	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/11/20 CRO 9485
--	--	--	--



394261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951723	7-Data Validade de Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200007203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILAINE MACHADO UTRABO		14-Telefone 10/12/1956 () -	15-Nome do titular do plano MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 782116168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/10/20		Ana Paula Rosa
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/10/20		Ana Paula Rosa
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/10/20		Ana Paula Rosa
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/10/20		Ana Paula Rosa
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/10/20		Ana Paula Rosa
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	08/11/20		Ana Paula Rosa
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Drª Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/20 Edilaine Machado Utrabo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/20



418043
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8049147	7-Data Validade da Senha 10/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202526868200023203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO		14-Telefone 04/07/1977	15-Nome do titular do plano ODAIR FERREIRA DERIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	17/11/20		Margarete
2.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	17/11/20		Margarete
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

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

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

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Ana Paula Rosa				Assinatura do Cirurgião-Dentista Ana Paula Rosa				Assinatura do Beneficiário / Responsável Margarete Rodrigues Ribeiro Derio				Assinatura local e Carimbo de Empresa CRO 9485			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--



409957
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/20		4-Data de Autorização 05/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8016708		7-Data Validade da Senha 01/02/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202533054700000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RICARDO SOARES PEREIRA						14-Telefone 27/12/1997 () -		15-Nome do titular do plano RICARDO SOARES PEREIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA				18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA						27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		Ricardo
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	05/11/20		Ricardo
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	05/11/20		Ricardo
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	05/11/20		Ricardo
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	05/11/20		Ricardo
6.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11 DV		1	88,00	0,00		S	16/11/20		Ricardo
7.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12 VP		1	88,00	0,00		S	16/11/20		Ricardo
8.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13 DV		1	88,00	0,00		S	19/11/20		Ricardo
9.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46 OM		1	88,00	0,00		S	19/11/20		Ricardo
10.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47 O		1	61,00	0,00		S	/ /		Ricardo
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 587,00		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 Imagens analisadas											
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/20 Ana Paula Rosa			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Ana Paula Rosa			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Ricardo			53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20 Ana Paula Rosa		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016785	7-Data Validade da Senha 01/02/21	409991 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202533054700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DIEZIKA FERMINO VAZ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO SOARES PEREIRA
--------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200
--	--------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/11/20		Diezika
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/11/20		Diezika
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/11/20		Diezika
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/11/20		Diezika
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			05/11/20		Diezika
6.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			16/11/20		Diezika
7.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00			16/11/20		Diezika
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 350,00	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 Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Diezika Vaz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20 Cma Paula Rosa
--	--	---	--

Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



375577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/09/20		4-Data de Autorização 17/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7872168		7-Data Validade da Senha 14/12/20		
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252822600000501				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS		11-Data Validade da Carteira / /				
13-Nome ADILSON DIAS CARDOSO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADILSON DIAS CARDOSO				
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485		19-UF PR		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934						22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR		
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA						27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Adilson
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/09/20		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 Quantidade US 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/09/20 Ana Paula Rosa			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Ana Paula Rosa			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 17/09/20 Adilson D.C.			53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/09/20			

Dr. Ana Paula Rosa
Cirurgião Dentista
CRO 9485



412235
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025168	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200008001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES		14-Telefone 15/02/1993	15-Nome do titular do plano CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO B	

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/10/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 27/10/20 Cirurgiã Dentista CRO 04-15
--	--	---	---



368433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841516	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202523616600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome EVELIN DOS SANTOS BENTO WISNEWSKI		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CRISTINA PINHEIRO BENTO	
		01/10/2013			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/20		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	03/09/20		
3-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	06/09/20		
4-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00	0,00		S	06/09/20		
5-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	06/09/20		
6-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	11/09/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/20	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 398,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/20 Evelin dos Santos Bento Wisniewski	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/20 DENTAL UNI COOP Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	--	---



405636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998865	7-Data Validade da Senha 25/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025268682000080001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/10/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 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, a 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 27/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Camila Cristina Teixeira Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 Município de Antonina
--	--	--	---



390376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7935772	7-Data Validade da Senha 04/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202526868200011002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALICI DE ABREU BORBA		14-Telefone () 3432-0511	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	D	1	61,00	0,00		S	08/11/2012		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	M	1	61,00	0,00		S	08/11/2012		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	D	1	61,00	0,00		S	10/11/2012		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	M	1	61,00	0,00		S	10/11/2012		
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	MD	1	88,00	0,00		S	19/10/2012		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	M	1	61,00	0,00		S	19/10/2012		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2012	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 393,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2012 Ana Paula Rosa CRO 9485



405658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998970	7-Data Validade da Senha 25/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202526868200016401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA		14-Telefone 18/08/1989	15-Nome do titular do plano DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		Op
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/10/20		Op
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		Op
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		Op
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/10/20		Op
6	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	122,00	0,00		S	27/10/20		Op
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 296,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Dayane M. Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 Cirurgião Dentista
--	--	---	--



396357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7960590	7-Data Validade de Senha 13/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020252731490004804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS		14-Telefone 05/10/2003	15-Nome do titular do plano JONH BRITES GONCALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	16/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	03/11/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	03/11/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	09/11/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OV	1	88,00	0,00		S	16/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	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 359,00	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 09/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/11/20 J. Brites	53-Data, local e Carimbo de Empresa 09/11/20 Cirurgiã Dentista: CRO 9485
--	--	---	---



402952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2014	4-Data de Autorização 26/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987778	7-Data Validade da Senha 20/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529104900000406	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SBRISIA E CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLLAS CORREIA PONTES RAMOS		14-Telefone 26/09/2014	15-Nome do titular do plano JESSICA GOMES CORREIA DE PAULA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2014		Jessica
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	26/10/2014		Jessica
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	09/11/2014		Jessica
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	09/11/2014		Jessica
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/11/2014	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 228,00	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 Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2014 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2014 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2014 Jessica Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2014 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	---



393049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2013	4-Data de Autorização 08/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946916	7-Data Validade da Senha 06/01/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527314900002303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALENTINA STHORACH HONORIO			14-Telefone 20/04/2013	15-Nome do titular do plano LUCIANO DOS SANTOS HONORIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/2013		
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	08/10/2013		
3	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	03/11/2013		
4	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	03/11/2013		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/2013	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 252,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2013 Cmc Paulinho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2013 Cmc Paulinho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2013 CRO 9485