



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2018	4-Data de Autorização 28/10/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7825058	7-Data Validade da Seria 24/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

364833
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202529184100002704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 11/11/18	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEMEL Y THAINA DE OLIVEIRA	17/12/2000	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SOLANGE DE MACEDO	

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI	18-Número no CRO 29679	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNOJ / CPE 0913622209100111	22-Nome do Contratado Exatante ADRIANO FIORI	23-Número no CRO 29679	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Exatante ADRIANO FIORI	27-Número no CRO 29679	28-UF PR	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
---	---------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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 Cioss	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	8,80	0,00					
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OV	1	8,80	0,00					
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,80	0,00					
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8,80	0,00					
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,80	0,00					
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8,80	0,00					
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	OK	1	3,60	0,00					
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	OK	1	3,60	0,00					
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	OK	1	3,60	0,00					
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	OK	1	3,60	0,00					
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/18	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 706,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/18	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/18	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável SOLANGE DE MACEDO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/18
---	---	--	---



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/09 4-Data de Autorização 12/5/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7894167 7-Data Validade da Série 12/1/12 8-Data Validade da Guia 12/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253141720000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCIA MALKO 20/11/1997 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano EVERTON ADRIANO NUNES PESSINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento e RN 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI 18-Número no CRO 29679 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10936220900 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI 23-Número no CRO 29679 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI 27-Número no CRO 29679 28-UF PR 29-Código CBO S

Formulário 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
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S			Marcia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

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



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010 4-Data de Autorização 14/11/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7965353 7-Data Validade da Santa 11/11/2011

8-Número da Carteira 00202531417200000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCIA MALKO 20/11/1997 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EVERTON ADRIANO NUNES PESSINI

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI 18-Número no CRO 29679 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 09336220900 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI 23-Número no CRO 29679 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI 27-Número no CRO 29679 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módo da Guia	42-Assinatura
1	00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6.1.0.0	0.0.0				
2	00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6.1.0.0	0.0.0				
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 122.00 47-Valor Total RS 0.00 48-Total Franquia / Co-participação RS

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Adirione J. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Adirione J. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Marcia Malko 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



370653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/2019	4-Data de Autorização 08/09/2019	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7851123	7-Data Validade da Serinha 03/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020125291841000021701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 01/01/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome SOLANGE DE MACEDO	29/05/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SOLANGE DE MACEDO
------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 28239	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04390584901	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 28239	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 28239	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

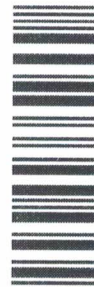
Ponto de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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) 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 00/00/00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Adriano J.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Sedney de macedo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 00/00/00
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/6/11 01/2/0 4-Data de Autorização 11/3/11 01/2/0 5-Semana AUTORIZADO 7-Data Validade da Semana 10/4/11 01/2/1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025291841000027011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome SOLANGE DE MACEDO 14-Telefone 15-Nome do Titular do Plano SOLANGE DE MACEDO 16-Número da Guia Principal 7938440 17-Data Validade da Guia Principal 18-Data Validade da Guia Principal 19-Data Validade da Guia Principal

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração em RN 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI 18-Número no CRO 29679 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09336220900 22-Nome do Contratado Excolante ADRIANO FIORI 23-Número no CRO 29679 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excolante ADRIANO FIORI 27-Número no CRO 29679 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 Guia	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	S			
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	S			
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	S			
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	S			
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												
1440												
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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Adriano A. Solange de Macedo