



438130
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8133689	7-Data Validade de Senha 10/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533674700003003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA FERNANDA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDECIR ANTONIO DE SOUZA	

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 Enviar - RX (1) 85100200 (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 8		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			17/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			17/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			17/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			17/12/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			17/12/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			17/12/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			21/12/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			21/12/20		
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			21/12/20		
11	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			21/12/20		
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 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), 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 14/12/2020 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/2020 Patrícia R. Souza	53-Data, local e Carimbo de Empresa 14/12/2020 Induspel Embalagens E
--	--	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



412176
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 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 8024981	7-Data Validade de Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533099600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA BEATRIZ LOPES RODRIGUES			14-Telefone () 9933-2203	15-Nome do titular do plano EDELMA FERNANDA DA SILVA LOPES BRITO	
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

Piano 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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/11/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/11/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/11/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/11/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/11/20		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			23/11/20		
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			07/12/20		
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			14/12/20		
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 411,00	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 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 Edma Fernanda da Silva Lopes Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	--

CRO 9485



440443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8143456	7-Data Validade da Senha 14/03/21
8-Data do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Carteira 00202532855800000102		13-Nome GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano MARCIA FERREIRA DE AGUIAR		16-UF PR		17-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CNEB	
21-Código no Operador CNU - CPT 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	
24-UF PR		25-Código CNEB		26-Número no CRO 9485	
27-UF PR		28-Código CBO S		29-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	

30-Terço	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	0065100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00			21/12/20		<i>Gustavo Anjos</i>
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 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 Grupo/Operadora Solicitante 15/12/2020 <i>maria paula rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/2020 <i>Gustavo Anjos</i>	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 15/12/2020 <i>Dra. Ana Paula Rosa</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/12/2020 <i>Dra. Ana Paula Rosa</i> Cirurgia Dentista CRO 9485		



405766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999335	7-Data Validade da Senha 25/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA DA SILVA CARDOSO ELEUTERO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RENATA DA SILVA CARDOSO ELEUTERO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/11/2012		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			27/11/2012		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			27/11/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			27/11/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			27/11/2012		
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			10/12/2012		
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			10/12/2012		
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			14/12/2012		
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00			14/12/2012		
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 526,00	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), 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 27/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2012 Renata da Silva Cardoso Eleutero	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	--

CRO 9485



405783
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 7999453	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532753000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATHAN WILSON DA SILVA CARDOSO ELEUTERO		14-Telefone 20/12/2014	15-Nome do titular do plano RENATA DA SILVA CARDOSO ELEUTERO	

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 de Glosa	42-Assinatura
1.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/10/20		
2.	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			02/11/20		
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			06/11/20		
4.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			06/11/20		
5.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00			10/11/20		
6.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00			10/11/20		
7.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00			13/11/20		
8.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00			13/11/20		
9.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00			13/11/20		
10.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00			01/12/20		
11.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00	0,00			01/12/20		
12.	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	83		1	73,00	0,00			01/12/20		
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 812,00	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 R\$	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	---	--



436788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127518	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202533936800000104		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano RAFAEL FERNANDES ALVES	
13-Nome MARIA SOPHIA FERREIRA DE CASTRO ALVES		14-Telefone () 8469-1269		21-Data Validade da Carteira / /	
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-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		26-Número no CRO 9485		27-UF PR	28-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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/12/20		
2	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00			09/12/20		
3	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00			14/12/20		
4	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00			14/12/20		
5	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00			18/12/20		
6	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00	0,00			18/12/20		
7	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00			21/12/20		
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 471,00	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 09/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 09/12/20 Rafael Fernandes Alves	53-Data, local e Carimbo de Empresa 09/12/20 Ana Paula Rosa Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	---	---



415154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036746	7-Data Validade de Serção 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202528226000001703		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade de Carteira / /
13-Nome MILENA TEIXEIRA COSTA CONRADO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANO DE SOUZA CONRADO	
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
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 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (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	10/11/20		m.j.c.c.
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/11/20		m.j.c.c.
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/11/20		m.j.c.c.
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/11/20		m.j.c.c.
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/11/20		m.j.c.c.
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	19/11/20		m.j.c.c.
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	19/11/20		m.j.c.c.
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	23/11/20		m.j.c.c.
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	122,00	0,00		S	23/11/20		m.j.c.c.
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	03/12/20		m.j.c.c.
11	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	03/12/20		m.j.c.c.
12	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	07/12/20		m.j.c.c.
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	07/12/20		m.j.c.c.
14	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	07/12/20		m.j.c.c.
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 926,00	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 Ana Paula Rosa		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 Milena Costa	
				53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/11/20 Interglo Dentista	



431437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105380	7-Data Validade da Senha 01/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200025401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIDNEI SANTOS RIBEIRO		14-Telefone 10/12/1979	15-Nome do titular do plano SIDNEI SANTOS 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	
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			01/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			07/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			07/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			07/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			07/12/20		
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00			10/12/20		
7	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00			10/12/20		
8	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00			14/12/20		
9	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00			14/12/20		
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 466,00	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 01/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/20 Sidnei Santos Ribeiro	53-Data, local e Carimbo de Empresa 01/12/20 Município de Antonina
--	--	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



434742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118417	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253396080000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CAUA VITOR DA SILVA ALBINI			15-Data Validade da Carteira / /		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano SILMARA CORDEIRO DA SILVA ALBINI		
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	

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			07/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/12/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			15/12/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			15/12/20		
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 323,00	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 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Silmara	53-Data, local e Carimbo de Empresa 07/12/20 Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	---	---



434458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117558	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /
8-Número da Carteira 00202532406100000101		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano KEILA CEZARINO GOUVEIA	
13-Nome KEILA CEZARINO GOUVEIA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano KEILA CEZARINO GOUVEIA	
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-Dentista/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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/12/20		Keila
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Keila
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Keila
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Keila
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Keila
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	16/12/20		Keila
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	16/12/20		Keila
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Keila
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	22/12/20		Keila
10	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	22/12/20		Keila
11	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Keila
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 540,00	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 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Keila C. Gouveia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20 DENTAL UNI	Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485	



435061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119836	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200008502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GHISLAINE CARDOSO GIAMBARRESI SOARES		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO SOARES		
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) 85100218		

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			07/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/12/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			21/12/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00			17/12/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			21/12/20		
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMV	1	122,00	0,00			21/12/20		
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 506,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Soares	53-Data, local e Carimbo de Empresa 07/12/20 Ana Paula Rosa Cirurgião Dentista CRO 9485



396798
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962313	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome ANDREIA DA VEIGA CARDOSO RIBEIRO	14-Telefone () 000-0041	15-Data de Nascimento 07/10/1984	15-Nome do titular do plano SIDNEI SANTOS RIBEIRO
---	-----------------------------	-------------------------------------	--

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

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			19/10/20		Archie
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			19/10/20		Archie
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			19/10/20		Archie
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			19/10/20		Archie
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			19/10/20		Archie
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			03/11/20		Archie
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00			03/11/20		Archie
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00			19/10/20		Archie
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MD	1	88,00	0,00			19/10/20		Archie
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00			19/11/20		Archie
11	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00			10/11/20		Archie
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 648,00	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 Archie	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20 Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	--	--



423251
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 de Guia Principal 8070849	7-Data Validade de Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	

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) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
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	23/11/20		Renan
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Renan
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Renan
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Renan
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Renan
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	02/12/20		Renan
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	02/12/20		Renan
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	11/12/20		Renan
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DV	1	88,00	0,00		S	02/12/20		Renan
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DV	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Renan
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	11/12/20		Renan
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDV	1	122,00	0,00		S	14/12/20		Renan
13	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDV	1	122,00	0,00		S	17/12/20		Renan
14	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDV	1	122,00	0,00		S	17/12/20		Renan
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 1021,00	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 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 Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	---	--



433319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/12/20		4-Data de Autorização 07/12/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8113210		7-Data Validade da Senha 03/03/21	
--------------------------	--	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	-----------------------	--	---------------------------------------	--	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202528053100001202		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MARIA VENITA LIPORINI		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA CLARA LIPORINI CUNHA				14-Telefone 23/08/1996 () -		15-Nome do titular do plano SANDRA VENITA LIPORINI			

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 Envlar - RX (1) 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			07/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/12/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	PO	1	88,00	0,00			14/12/20		
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 262,00		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 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 07/12/20
---	---	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



434752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118449	7-Data Validade da Guia 04/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número de Carteira 00202533960800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano SILMARA CORDEIRO DA SILVA ALBINI			
13-Nome SILMARA CORDEIRO DA SILVA ALBINI		14-Telefone () -		16-Atendimento e RH 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-Código CBO S		26-Código CNE S	
27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO S	
20-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/12/20		silmarada
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/12/20		silmarada
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/12/20		silmarada
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/12/20		silmarada
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/12/20		silmarada
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	14/12/20		silmarada
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00		S	14/12/20		silmarada
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	17/12/20		silmarada
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	17/12/20		silmarada
10												silmarada
11												silmarada
12												silmarada
13												silmarada
14												silmarada
15												silmarada

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 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:
imagem ok

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Silmara	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/12/20 Ana Paula Rosa
--	--	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



421474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8063963	7-Data Validade da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253342350000102	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 DAS GRACAS PEREIRA DA VEIGA		14-Telefone 02/01/1971	15-Nome do titular do plano WILLIAM ROCHA DUARTE		
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	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			18/11/20		maria
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			23/11/20		maria
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			23/11/20		maria
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			23/11/20		maria
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			23/11/20		maria
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			01/12/20		maria
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 262,00	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 18/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 maria das gracas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20 Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	--	--



421577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064134	7-Data Validade de Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533423500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAM ROCHA DUARTE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLIAM ROCHA DUARTE		

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

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	20/11/20		William
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		William
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/11/20		William
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/11/20		William
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		William
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	01/12/20		William
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	01/12/20		William
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	01/12/20		William
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	07/12/20		William
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	07/12/20		William
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	07/12/20		William
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 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), foi(foram) realizado(s) 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 20/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 William	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



434942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119607	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532406100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAYSSA CEZARINO GOUVEIA ANTUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KEILA CEZARINO GOUVEIA		
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/12/20		Keila
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00			07/12/20		Keila
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-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 07/12/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/2012 Keila C. Gouveia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



434766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118530	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252581550000302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALCOOL DO PARANA TERMINAL	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome SILVANE TIMOTEO DA CONCEICAO CASTRO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE DA VEIGA CASTRO	
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
			30-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 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	04/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	14/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	17/12/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	17/12/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	21/12/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	P	1	61,00	0,00		S	21/12/20		
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 445,00	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 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---------------	--	--	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



431617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 02/12/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105909	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528226000001002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO ELIEZER ALVES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcômbio 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 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/Raio	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			02/12/20		
2-												
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 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 02/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Katia Martins Velloso de Souza	53-Data, local e Carimbo de Empresa 02/12/20 Ana Paula Rosa CRO 9485
--	--	--	--



428708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8093826	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507710500217214	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SELMA DA SILVA VELLOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DELARIANE DE CASTRO 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	26/11/20		Selma
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/12/20		Selma
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/12/20		Selma
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/12/20		Selma
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/12/20		Selma
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 26/11/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Selma da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Selma da Silva	53-Data, local e Carimbo de Empresa 26/11/20 Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	--	---



417892
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 8048505	7-Data Validade da Senha 10/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521690700004102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPADUBO TRANSPORTES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CECILIA CASSILHA DE SIQUEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GEISELEN FERNANDES CASSILHA	

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/Raigão	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			12/11/20		<i>AP</i>
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			12/11/20		<i>AP</i>
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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

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 <i>AP</i>	53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/11/20 Ana Paula Rosa CRO 9485
--	--	---	--



428702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8093822	7-Data Validade da Senha 24/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507710500217211	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO GABRIEL TOMAS DA CRUZ SILVA	14-Telefone 22/03/1989	15-Nome do titular do plano DELARIANE DE CASTRO 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	26/11/2012		Paulo
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/12/2012		Paulo
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/12/2012		Paulo
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/12/2012		Paulo
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/12/2012		Paulo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) por 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 26/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012 Paulo Gabriel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2012 Ana Paula Rosa Cirurgião-Dentista CRO 9485
--	--	---	--



428704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8093824	7-Data Validade da Senha 24/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202507710500217201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DELARIANE DE CASTRO SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DELARIANE DE CASTRO SILVA	

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 da 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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/2012		Delariane
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/12/2012		Delariane
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/12/2012		Delariane
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/12/2012		Delariane
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/12/2012		Delariane
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 174,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/11/2012 Delariane de Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2012 Ana Paula Rosa CRO 9485
--	--	---	--



433448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8113656	7-Data Validade da Senha 03/11/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202526868200016402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome RODRIGO MARTINS PEREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485		19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA						

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	23	V	1	61,00	0,00			03/12/2012		Ana Paula Rosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/12/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/12/2012 Rodrigo M. Pereira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 03/12/2012 Ana Paula Rosa Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	--	--



431505
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105510	7-Data Validade da Senha 01/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200016402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO MARTINS PEREIRA		14-Telefone 08/05/1985	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	414 - 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.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/12/20		
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	07/12/20		
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	07/12/20		
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	07/12/20		
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	07/12/20		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 02/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Dayane Miranda	53-Data, local e Carimbo de Empresa 02/12/20 Município de Antonina

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



405591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2019	4-Data de Autorização 27/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998671	7-Data Validade da Guia 25/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202528226000001002		13-Nome KATIA MARTINS VELLOSO DE SOUZA		14-Telefone 24/12/1991		15-Nome do titular do plano FRANCISCO ELIEZER ALVES DE SOUZA			

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 Class	42-Assinatura
1.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			27/11/2019		Katia m.g
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			27/11/2019		Katia m.g
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/11/2019	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(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 27/11/2019 Ana Paula Rosa		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2019 Ana Paula Rosa		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2019 Katia m.g		53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/2019 Odontologia Dentista CRO 9485	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--



433345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113379	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533674700003004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VINICIUS ANTONIO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDECIR ANTONIO DE SOUZA	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/12/20		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			12/12/20		
3	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	52		1	73,00	0,00			14/12/20		
4	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	62		1	73,00	0,00			14/12/20		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00			21/12/20		
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 313,00	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 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Vinicius R. Souza	53-Data, local e Carimbo de Empresa 07/12/20 Induspel Embalagens E
--	--	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



433391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113466	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533919600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELLE KARINE CLETO TWORECK		14-Telefone 04/06/1999	15-Nome do titular do plano RAFAELLE KARINE CLETO TWORECK		

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 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

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			14/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			14/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00			14/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00			21/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00			21/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00			21/12/20		Rafaelle K. C. Tworeck
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 567,00	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 07/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Rafaelle K. C. Tworeck	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20 Ana Paula Rosa Cirurgião-Dentista CRO 9485
--	--	--	--



433495
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113828	7-Data Validade da Senha 03/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025244948000000501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASA TONET LOJA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDERSON FERREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone 18/05/1995	15-Nome do titular do plano ANDERSON FERREIRA DE OLIVEIRA		

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/11/2012		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			07/11/2012		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			07/11/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			07/11/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			07/11/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012 em Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 em Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 em Anderson Ferreira de Oliveira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 03/11/2012 em Ana Paula Rosa CRO 9485
---	---	--	---



433293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2020	4-Data de Autorização 03/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113130	7-Data Validação da Senha 03/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533573600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARINE CRISTINE FERREIRA	14-Telefone 24/08/1981	15-Nome do titular do plano RENAN ANTONIO BOLZON		

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 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	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO 8		

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	42	I	1	6,100	0,00	0,00	S	03/11/2020		Karine
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	6,100	0,00	0,00	S	03/11/2020		Karine
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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2020 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2020 Karine	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2020 DRA. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	--	--



423222
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 8070672	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533573600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KARINE CRISTINE FERREIRA	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 (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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		Karine
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/12/20		Karine
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		Karine
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	01/12/20		Karine
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		Karine
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MV	1	88,00	0,00		S	07/12/20		Karine
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	10/12/20		Karine
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Karine
9-												V
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 438,00	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 Imagem ok

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 Karine	53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/20 Dr. Ana Paula Rosa Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	--	--



426400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084239	7-Data Validade da Senha 22/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202519174700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALESSANDRA BONZATTO		14-Telefone 02/05/1968	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA BONZATTO		
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 9	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 9	

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	25/11/20		AB
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/12/20		AB
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		AB
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		AB
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	01/12/20		AB
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 174,00	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) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2020 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2020 Bonzatto	53-Data, local e Carimbo de Empresa 01/11/2020 Ana Paula Rosa Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	--	---



438126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8133645	7-Data Validade da Senha 10/03/21
8-Número de Carteira 00202524494700000602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRICELIO JOAO TONET CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PIETRO ROBERTO RICHTER			14-Telefone 02/10/2008	15-Nome do titular do plano ELISANGELA RODRIGUES FULGENCIO	
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
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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/12/20		x <i>Ana Paula Rosa</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	24/12/20		x <i>Ana Paula Rosa</i>
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 95,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20 <i>Ana Paula Rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 <i>Ana Paula Rosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 <i>x Elisangela</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20 <i>Ana Paula Rosa</i> CRO 9485
---	---	---	---



440051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8141535	7-Data Validade da Senha 14/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202524494700000602		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CRICELIO JOAO TONET CIA LTDA	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome PIETRO ROBERTO RICHTER			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 02/10/2008			15-Nome do titular do plano ELISANGELA RODRIGUES FULGENCIO		
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 9		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-UF PR	
27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO 9	

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			14/12/20		
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 72,00	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, acerto 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 14/12/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Elisangela Rodrigues Fulgencio
53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485



387813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7925915	7-Data Validade de Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253195210000103					
13-Nome MARILDA LUDGERO		14-Telefone 24/07/1966	15-Nome do titular do plano FERNANDA LUDGERO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		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	08/10/20		marilda
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/10/20		marilda
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/10/20		marilda
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HABD		1	35,00	0,00		S	14/10/20		marilda
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/10/20		marilda
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00		S	23/10/20		marilda
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	04/11/20		marilda
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00		S	19/11/20		marilda
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	01/12/20		marilda
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	23/10/20		marilda
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 506,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20 Fernanda Ludgero da Silva	53-Data, local e Carimbo de Empresa 08/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



433371
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113410	7-Data Validade da Senha 03/11/2012
8-Número da Carteira 00202533674700003002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA RIBEIRO DE SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDECIR ANTONIO DE SOUZA	
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 Envlar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
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			07/11/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			14/11/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/11/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/11/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/11/2012		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00			16/11/2012		
7	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00			21/11/2012		
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00			21/11/2012		
9	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MD	1	88,00	0,00			21/11/2012		
10	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	122,00	0,00			21/11/2012		
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 594,00	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 07/11/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012 Valdecir Antonio de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012 Induspel Embalagens E
--	--	---	---



434507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117684	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532855800000102	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 8	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (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 8		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	/ /		<i>Gustavo Aguiar</i>
2										/ /		
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 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 15/12/2020 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/2020 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/2020 Gustavo Aguiar	53-Data, local e Carimbo de Empresa 15/12/2020 Ana Paula Rosa

CRO: 9485/PR

Cirurgião Dentista: (17475) - ANA PAULA ROSA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI		Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
Guia	Nome					
368433 - I	EVELIN DOS SANTOS BENTO WISNEWSKI (0020252361660000104)		02/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
373253 - I	ROSIANE FERREIRA DE ABREU (00202526868200002201)		10/09/2020	352	0.55	R\$ 193,60
373253 - I	ROSIANE FERREIRA DE ABREU (00202526868200002201)		10/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
373253 - I	ROSIANE FERREIRA DE ABREU (00202526868200002201)		10/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
373253 - I	ROSIANE FERREIRA DE ABREU (00202526868200002201)		10/09/2020	61	0.69	R\$ 42,09
377153 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		17/09/2020	88	0.55	R\$ 48,40
377153 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		17/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
377153 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		17/09/2020	140	0.64	R\$ 89,60
377153 - I	TATIANA TOSETTI (00202526868200010402)		17/09/2020	122	0.69	R\$ 84,18
382474 - I	GUILHERME SALDANHA FERNANDES (00202526868200008303)		24/09/2020	440	0.55	R\$ 242,00
382474 - I	GUILHERME SALDANHA FERNANDES (00202526868200008303)		24/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
382474 - I	GUILHERME SALDANHA FERNANDES (00202526868200008303)		24/09/2020	122	0.69	R\$ 84,18
382763 - I	GEOVANA DA SILVA RIBEIRO (00202509816700003203)		24/09/2020	176	0.55	R\$ 96,80
382763 - I	GEOVANA DA SILVA RIBEIRO (00202509816700003203)		24/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
382763 - I	GEOVANA DA SILVA RIBEIRO (00202509816700003203)		24/09/2020	305	0.69	R\$ 210,45
387843 - I	FERNANDA LUDGERO DA SILVA (00202531952100000101)		01/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
387843 - I	FERNANDA LUDGERO DA SILVA (00202531952100000101)		01/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
387843 - I	FERNANDA LUDGERO DA SILVA (00202531952100000101)		01/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
387843 - I	FERNANDA LUDGERO DA SILVA (00202531952100000101)		01/10/2020	122	0.69	R\$ 84,18
387904 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (00202532273900000101)		01/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
387904 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (00202532273900000101)		01/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
387904 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (00202532273900000101)		01/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
387904 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (00202532273900000101)		01/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
387904 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (00202532273900000101)		01/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
389842 - I	MARIA FERNANDA DA COSTA DOS SANTOS (00202532497800000102)		05/10/2020	264	0.55	R\$ 145,20
389842 - I	MARIA FERNANDA DA COSTA DOS SANTOS (00202532497800000102)		05/10/2020	179	0.6	R\$ 107,40
389842 - I	MARIA FERNANDA DA COSTA DOS SANTOS (00202532497800000102)		05/10/2020	122	0.69	R\$ 84,18
389860 - I	MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT (00202532277300000101)		05/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
389860 - I	MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT (00202532277300000101)		05/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
389860 - I	MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT (00202532277300000101)		05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
389860 - I	MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT (00202532277300000101)		05/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
389860 - I	MARIANE OLIVEIRA BARBOZA OTT (00202532277300000101)		05/10/2020	122	0.69	R\$ 84,18
390027 - I	JOSUE OTT (00202532277300000104)		05/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
390027 - I	JOSUE OTT (00202532277300000104)		05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390027 - I	JOSUE OTT (00202532277300000104)		05/10/2020	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.

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

Data e Hora de Emissão: 29/12/2020 09:30

Página 1 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: DEZEMBRO/2020

390027 - I	JOSUE OTT (00202532277300000104)	05/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
390376 - I	ALICI DE ABREU BORBA (00202526868200011002)	06/10/2020	88	0.55	R\$ 48,40
390376 - I	ALICI DE ABREU BORBA (00202526868200011002)	06/10/2020	305	0.69	R\$ 210,45
392868 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202532292000000101)	08/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
392868 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202532292000000101)	08/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
393049 - I	VALENTINA STHORACH HONORIO (002025273149000002303)	08/10/2020	252	0.6	R\$ 151,20
394261 - I	EDILAINE MACHADO UTRABO (00202526868200007203)	13/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
394261 - I	EDILAINE MACHADO UTRABO (00202526868200007203)	13/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
394261 - I	EDILAINE MACHADO UTRABO (00202526868200007203)	13/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
396357 - I	RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS (002025273149000004804)	15/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
396357 - I	RHUAN CRISTIAN GONCALVES RAMOS (002025273149000004804)	15/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
401882 - I	JOSELITO DOS SANTOS (002025205406000020801)	22/10/2020	88	0.55	R\$ 48,40
401882 - I	JOSELITO DOS SANTOS (002025205406000020801)	22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401882 - I	JOSELITO DOS SANTOS (002025205406000020801)	22/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
401882 - I	JOSELITO DOS SANTOS (002025205406000020801)	22/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
401898 - I	ALEX FERNANDO RATTI (002025326180000000101)	22/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
401898 - I	ALEX FERNANDO RATTI (002025326180000000101)	22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401898 - I	ALEX FERNANDO RATTI (002025326180000000101)	22/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
401898 - I	ALEX FERNANDO RATTI (002025326180000000101)	22/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
401954 - I	SALETE MALTA DE FREITAS (00202503676600149601)	22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401954 - I	SALETE MALTA DE FREITAS (00202503676600149601)	22/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
401954 - I	SALETE MALTA DE FREITAS (00202503676600149601)	22/10/2020	244	0.69	R\$ 168,36
402786 - I	GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS (002025328558000000102)	22/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
402786 - I	GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS (002025328558000000102)	22/10/2020	264	0.55	R\$ 145,20
402786 - I	GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS (002025328558000000102)	22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
402786 - I	GUSTAVO DE AGUIAR DOS ANJOS (002025328558000000102)	22/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
402807 - I	MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO (002025268682000023203)	22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
402807 - I	MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO (002025268682000023203)	22/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
402807 - I	MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO (002025268682000023203)	22/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
402952 - I	NICOLLAS CORREIA PONTES RAMOS (002025291049000000406)	22/10/2020	106	0.6	R\$ 63,60
402952 - I	NICOLLAS CORREIA PONTES RAMOS (002025291049000000406)	22/10/2020	122	0.69	R\$ 84,18
405551 - I	JOAO ANTONIO CRUZ MARTIN (002025322739000000101)	27/10/2020	61	0.69	R\$ 42,09
405636 - I	CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES (00202526868200008001)	27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
405636 - I	CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES (00202526868200008001)	27/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
405658 - I	DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA (00202526868200016401)	27/10/2020	122	0.43	R\$ 52,46
405658 - I	DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA (00202526868200016401)	27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
405658 - I	DAYANE MIRANDA POLIDORO PEREIRA (00202526868200016401)	27/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
408007 - I	MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE (00202526868200007201)	29/10/2020	264	0.55	R\$ 145,20

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

408007 - I	MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE (00202526868200007201)	29/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
408234 - I	FABRICIO SANTOS MARTINS (00202532880900000102)	29/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
408234 - I	FABRICIO SANTOS MARTINS (00202532880900000102)	29/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
408234 - I	FABRICIO SANTOS MARTINS (00202532880900000102)	29/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
408234 - I	FABRICIO SANTOS MARTINS (00202532880900000102)	29/10/2020	183	0.69	R\$ 126,27
408250 - I	JUAREZ MARTINS (00202532880900000101)	29/10/2020	176	0.55	R\$ 96,80
408250 - I	JUAREZ MARTINS (00202532880900000101)	29/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
408250 - I	JUAREZ MARTINS (00202532880900000101)	29/10/2020	140	0.64	R\$ 89,60
408250 - I	JUAREZ MARTINS (00202532880900000101)	29/10/2020	305	0.69	R\$ 210,45
409957 - I	RICARDO SOARES PEREIRA (00202533054700000101)	03/11/2020	352	0.55	R\$ 193,60
409957 - I	RICARDO SOARES PEREIRA (00202533054700000101)	03/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
409957 - I	RICARDO SOARES PEREIRA (00202533054700000101)	03/11/2020	140	0.64	R\$ 89,60
409957 - I	RICARDO SOARES PEREIRA (00202533054700000101)	03/11/2020	61	0.69	R\$ 42,09
409991 - I	DIEZIKA FERMINO VAZ (00202533054700000102)	03/11/2020	176	0.55	R\$ 96,80
409991 - I	DIEZIKA FERMINO VAZ (00202533054700000102)	03/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
409991 - I	DIEZIKA FERMINO VAZ (00202533054700000102)	03/11/2020	140	0.64	R\$ 89,60
412235 - I	CAMILA CRISTINA TEIXEIRA ALVES (00202526868200008001)	05/11/2020	88	0.55	R\$ 48,40
415166 - I	MILENA TEIXEIRA COSTA CONRADO (00202528226000001703)	09/11/2020	122	0.69	R\$ 84,18
415172 - I	DEYVID COSTA CONRADO (00202528226000001702)	09/11/2020	176	0.55	R\$ 96,80
415172 - I	DEYVID COSTA CONRADO (00202528226000001702)	09/11/2020	106	0.6	R\$ 63,60
415172 - I	DEYVID COSTA CONRADO (00202528226000001702)	09/11/2020	122	0.69	R\$ 84,18
415512 - I	LUCIMARA DOS SANTOS (00202527314900002402)	10/11/2020	88	0.55	R\$ 48,40
415512 - I	LUCIMARA DOS SANTOS (00202527314900002402)	10/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
415512 - I	LUCIMARA DOS SANTOS (00202527314900002402)	10/11/2020	140	0.64	R\$ 89,60
415512 - I	LUCIMARA DOS SANTOS (00202527314900002402)	10/11/2020	122	0.69	R\$ 84,18
415650 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202532292000000101)	10/11/2020	88	0.55	R\$ 48,40
415650 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202532292000000101)	10/11/2020	61	0.69	R\$ 42,09
417978 - I	JOSELITO DOS SANTOS (00202520540600020801)	12/11/2020	61	0.69	R\$ 42,09
418043 - I	MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023203)	12/11/2020	88	0.55	R\$ 48,40
418043 - I	MARGARETE RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023203)	12/11/2020	61	0.69	R\$ 42,09
423166 - I	GUSTAVO HENRIQUE LAGES DA SILVA (00202533447600000101)	19/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
423166 - I	GUSTAVO HENRIQUE LAGES DA SILVA (00202533447600000101)	19/11/2020	140	0.64	R\$ 89,60
423166 - I	GUSTAVO HENRIQUE LAGES DA SILVA (00202533447600000101)	19/11/2020	183	0.69	R\$ 126,27

Totalizador por Operadora	
Nº de USOs:	13678
Nº de atendimentos:	37
Valor:	R\$ 8.384,87

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: 29/12/2020 09:30

Página 3 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Totalizador

N° de USOs:	13678
N° de atendimentos:	37
Valor:	R\$ 8.384,87

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: 29/12/2020 09:30

Página 4 de 4