



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

320073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/09/2016	4-Data de Autorização 08/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7611105	7-Data Validade da Guia 01/09/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507518200002001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO RURAL DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA LUCIA TRELINSKI DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA TRELINSKI DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05805575994	22-Nome do Contratado Executor CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100200 () 85100200
26-Nome do Profissional Executor CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado 03/09/2016	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-Membro da Classe	42-Assinatura
	1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	D	1	61,00	0,00		S	24/06/20		
	2-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	08/06/20		
	3-0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00		S	08/06/20		
	4-											
	5-											
	6-											
	7-											
	8-											
	9-											
	10-											
	11-											
	12-											
	13-											
	14-											
	15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/06/20	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 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 24/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2016	53-Data, local e Assinatura do Responsável 24/06/2016
---------------	---	---	---	--

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231



320382

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 04/10/16	4-Data de Autorização 16/10/16	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7612918	7-Data Validade de Senha 02/10/19																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número de Carteira 00202502683600333601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade de Carteira ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde ____																																																																																																																																																																																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 13-Nome FABIO SCHMIDT DE MOURA 14-Telefone (____) _____ 15-Data de Nascimento 05/05/1977 16-Endereço a R/R N 17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Número no CRO 19231 19-UF PR 20-Código CBO S ____																																																																																																																																																																																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05885575994 22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CHES ____ 26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S ____																																																																																																																																																																																																																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aux</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Matéria de Gesso</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0085100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>27</td> <td>OD</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>16/06/20</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						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-Aux	40-Data de Realização	41-Matéria de Gesso	42-Assinatura	1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	16/06/20			2													3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
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-Aux	40-Data de Realização	41-Matéria de Gesso	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																									
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	16/06/20																																																																																																																																																																																																											
2																																																																																																																																																																																																																					
3																																																																																																																																																																																																																					
4																																																																																																																																																																																																																					
5																																																																																																																																																																																																																					
6																																																																																																																																																																																																																					
7																																																																																																																																																																																																																					
8																																																																																																																																																																																																																					
9																																																																																																																																																																																																																					
10																																																																																																																																																																																																																					
11																																																																																																																																																																																																																					
12																																																																																																																																																																																																																					
13																																																																																																																																																																																																																					
14																																																																																																																																																																																																																					
15																																																																																																																																																																																																																					
Assinaturas e Rubricas 43-Data Previsto Término do Tratamento 16/06/20 44-Tipo de Atendimento 1-1.Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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.																																																																																																																																																																																																																					
Assinaturas e Rubricas 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/06/20 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/20 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 52-Data, local e Carimbo da Empresa 16/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/06/20																																																																																																																																																																																																																					

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 12/01/2014	4-Data de Autorização 09/01/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7519768	7-Data Validade de Sentença 11/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

307409
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202502683600623101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCELO ANTONIO BROCCO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO ANTONIO BROCCO
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	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 Cessão	42-Assinatura
1	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	0,00	S	09/06/2014		
2	008440001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00	S	09/06/2014		
3	008440001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00	S	09/06/2014		
4	008440001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00	S	09/06/2014		
5	008440001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00	S	09/06/2014		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/06/2014	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 201,00	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 09/06/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/06/2014
---	---	---	---

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231



312589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017	4-Data de Autorização 11/05/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7558076	7-Data Validade de Sessão 11/05/2017
8-Número da Carteira 00202529045800000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/05/2017	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Data Validade de Sessão			
14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano MIRIAM GONCALVES DA LUZ			
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 01/05/1987					
17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO					
18-Número no CRO 19231		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0589515750914		22-Nome do Contratado Erecudante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231	
24-UF PR		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-Nome do Profissional Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Data de Realização					
31-Data de Realização					
32-Data de Realização					
33-Data de Realização					
34-Data de Realização					
35-Data de Realização					
36-Data de Realização					
37-Data de Realização					
38-Data de Realização					
39-Data de Realização					
40-Data de Realização					
41-Data de Realização					
42-Data de Realização					
43-Data de Realização					
44-Data de Realização					
45-Data de Realização					
46-Data de Realização					
47-Data de Realização					
48-Data de Realização					
49-Data de Realização					
50-Data de Realização					
51-Data de Realização					
52-Data de Realização					
53-Data de Realização					
54-Data de Realização					
55-Data de Realização					
56-Data de Realização					
57-Data de Realização					
58-Data de Realização					
59-Data de Realização					
60-Data de Realização					
61-Data de Realização					
62-Data de Realização					
63-Data de Realização					
64-Data de Realização					
65-Data de Realização					
66-Data de Realização					
67-Data de Realização					
68-Data de Realização					
69-Data de Realização					
70-Data de Realização					
71-Data de Realização					
72-Data de Realização					
73-Data de Realização					
74-Data de Realização					
75-Data de Realização					
76-Data de Realização					
77-Data de Realização					
78-Data de Realização					
79-Data de Realização					
80-Data de Realização					
81-Data de Realização					
82-Data de Realização					
83-Data de Realização					
84-Data de Realização					
85-Data de Realização					
86-Data de Realização					
87-Data de Realização					
88-Data de Realização					
89-Data de Realização					
90-Data de Realização					
91-Data de Realização					
92-Data de Realização					
93-Data de Realização					
94-Data de Realização					
95-Data de Realização					
96-Data de Realização					
97-Data de Realização					
98-Data de Realização					
99-Data de Realização					
100-Data de Realização					

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



307964

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 12/3/10/4/12/0	3-Data de Autorização 12/2/10/5/12/0	4-Senha AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7523501	6-Data Validade de Senha 12/2/10/7/12/0							
Dados do Beneficiário												
8-Número de Carteira 010202502683600782502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome PATRICIA DOS SANTOS BUENO ANDRADE		14-Telefone 25/08/1995	15-Nome do titular do plano JURANDIR DE JESUS ANDRADE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Acadêmico e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0158955175994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	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 Gress	42-Assinatura
1	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	173,00	0,00		S	22/05/20		Patricia
2	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	173,00	0,00		S	22/05/20		Patricia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/5/12/0	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 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos(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 12/10/5/12/0 / [Assinatura]	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/5/12/0 / [Assinatura]	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/5/12/0 / [Assinatura]	53-Data local e Cópia de Empresa 12/10/5/12/0 / [Assinatura]									

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO PR 19231



311813
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 09/05/2012	3-Data de Autorização 21/05/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7552586	6-Data Vencimento da Guia 07/08/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202602683600831001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Vencimento da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ ALBERTO GOMES CAMARGO		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano LUIZ ALBERTO GOMES CAMARGO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Academismo e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operações / CNPJ / CPF 05895875994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO B		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00820000875	31-Código de Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE	32-Descrição	33-Corona/Régulo 18	34-Fase 1	35-Qnt 7
36-Quantidade US 300	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 21/05/2012	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/06/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7300	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-Corresponsável 21/05/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2012		53-Data, local e Cartão da Empresa 21/05/2012	

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231



315015
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2015	4-Data de Autorização 21/01/2015	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7574354	7-Data Validade da Sinthe 11/08/2015																																																																																																																																																																																																																
8-Número de Carteira 010202525717300001011																																																																																																																																																																																																																					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira																																																																																																																																																																																																																	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																					
13-Nome MARCIA TEREZA MARTINS DIAZ			14-Telefone (142) 88631316		15-Nome do titular do plano MARCIA TEREZA MARTINS DIAZ																																																																																																																																																																																																																
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 15/10/1974																																																																																																																																																																																																																					
18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		19-Número na CRO 19231																																																																																																																																																																																																																	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994		21-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		22-Número na CRO 19231																																																																																																																																																																																																																	
23-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		24-Número na CRO 19231		25-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																	
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número na CRO 19231		28-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																	
29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código de Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aux</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Clima</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>010851001916</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>23</td> <td>I</td> <td>1</td> <td>61100</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>21/05/2015</td> <td></td> <td><i>[Assinatura]</i></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>010851002118</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>15</td> <td>OMP</td> <td>1</td> <td>12200</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>21/05/2015</td> <td></td> <td><i>[Assinatura]</i></td> </tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura	1	010851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61100	0,00			21/05/2015		<i>[Assinatura]</i>	2	010851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMP	1	12200	0,00			21/05/2015		<i>[Assinatura]</i>	3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																									
1	010851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61100	0,00			21/05/2015		<i>[Assinatura]</i>																																																																																																																																																																																																									
2	010851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMP	1	12200	0,00			21/05/2015		<i>[Assinatura]</i>																																																																																																																																																																																																									
3																																																																																																																																																																																																																					
4																																																																																																																																																																																																																					
5																																																																																																																																																																																																																					
6																																																																																																																																																																																																																					
7																																																																																																																																																																																																																					
8																																																																																																																																																																																																																					
9																																																																																																																																																																																																																					
10																																																																																																																																																																																																																					
11																																																																																																																																																																																																																					
12																																																																																																																																																																																																																					
13																																																																																																																																																																																																																					
14																																																																																																																																																																																																																					
15																																																																																																																																																																																																																					
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/05/2015		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 18300		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																																																																																																																																																																																																	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propositos, 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 21/05/2015 <i>[Assinatura]</i>		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/2015 <i>[Assinatura]</i>		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2015 <i>[Assinatura]</i>																																																																																																																																																																																																																	
53-Data, local e Cópia de Entrega 21/05/2015 <i>[Assinatura]</i>		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente Cicero Ayres de Mello Netto CIRURGIÃO DENTISTA IMPLANTODENTISTA CRO PR 19231																																																																																																																																																																																																																			



311351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/07/2015	4-Data de Autorização 19/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7549329	7-Data Validade da Senha 01/08/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 00202527746700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARNALDO LOPATA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome PAULA VALERIA BOIKO DE SOUZA		14-Telefone 07/03/1985	15-Nome do titular de plano ARNALDO LOPATA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX 01 85100200						
21-Código de Operação / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	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-Matéria de Oclusão 42-Assessoria
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6100	0000	0000	S	18/05/20	
2	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ML	1	8800	0000	0000	S	18/05/20	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão de Tratamento 18/05/20	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 14900	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propostos, 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 Imagens analisadas											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2015	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/05/2015								

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO PR 19231



307966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 23/04/20	3-Data de Autorização 05/05/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7523530	6-Data Validade de Senha 22/07/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202529045800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MIRIAM GONCALVES DA LUZ		14-Telefone 01/05/1967	15-Nome do titular do plano MIRIAM GONCALVES DA LUZ									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Excedente CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Excedente CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231	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-Membro da Clonix	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	S	05/05/20			mgby
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	S	05/05/20			mgby
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/05/20	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 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Taxa 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 05/05/20, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/20, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/20, [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/05/20, [Assinatura]
---	---	---	---

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



307184

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 21/01/2014	4-Data de Autorização 21/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7518219	7-Data Validade de Senha 19/07/2014							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020202507518200001902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO RURAL DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOSE ROBERTO MERCER		14-Telefone (11) 344613238	15-Nome do titular do plano PRISCILA BRUNA DE SOUZA MERCER									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CHES								
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabula	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 Oble	42-Resposta
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61100	0000	0000	S	23/04/2014		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 23/04/2014												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 61100												
47-Valor Total R\$ 0000												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000												
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 23/04/2014, [Assinatura]												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/2014, [Assinatura]												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/2014, [Assinatura]												
53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/04/2014, [Assinatura]												

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO PR 19231