



1467758
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/05/23	4-Data de Autorização 26/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11266363	7-Data Validade da Senha 24/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553813800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEX ESTEVAO DA COSTA PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEX ESTEVAO DA COSTA PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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 Closs	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/05/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/23	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/23 BARBARA ROBASKIEVICZ Cirurgião-dentista CRO-6C 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/23 Alex Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



1460438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/23	4-Data de Autorização 22/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11244858	7-Data Validade da Senha 20/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528828500056901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLOVIS VIEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLOVIS VIEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ	27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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	22/05/23		x Clovis
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/05/23		x Clovis
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		x Clovis
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/05/23		x Clovis
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/05/23		x Clovis
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/05/23	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/23 BARBARA ROBASKIEVICZ Cirurgiã-dentista CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/23 x Clovis Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1463617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/05/23	4-Data de Autorização 23/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11254676	7-Data Validade da Senha 21/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900115103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA HELENA SIQUEIRA DE LIMA		14-Telefone 10/10/2008	15-Nome do titular do plano VALDECIR CARDOSO DE LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654	
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ	27-Número no CRO 19505	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

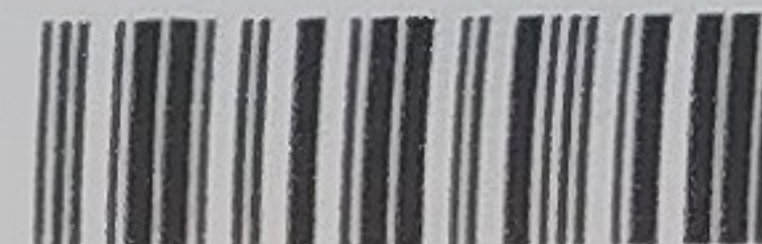
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/05/23		R.S.
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/05/23	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 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/05/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Barbara Robaskievicz Cirurgião-Dentista CRO 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



1468579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/05/23	4-Data de Autorização 26/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11268431	7-Data Validade da Senha 24/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536176800003301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA ULTRATERM LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAURO BUENO DA ROCHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAURO BUENO DA ROCHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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	26/05/23		Barbara Robaskievicz
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/05/23		Barbara Robaskievicz
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/05/23		Barbara Robaskievicz
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/05/23		Barbara Robaskievicz
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	26/05/23		Barbara Robaskievicz
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/23	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/23 Barbara Robaskievicz CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/23 Mauro B. Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1466556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2017	4-Data de Autorização 25/10/2017	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11262957	7-Data Validade da Seria 23/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100161702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO HENRIQUE MACHADO SZAİKOSVSKI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDER SAUKA SZAİKOSVSKI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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	25/10/2017		Eden
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	25/10/2017		Eden
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2017	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2017 Barbara Robaskiewicz CRO-SC-19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2017 Eden S. Szakosovski	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



1462500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/05/23	4-Data de Autorização 23/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11251268	7-Data Validade da Senha 21/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100161702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PEDRO HENRIQUE MACHADO SZAİKOSVSKI	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano EDER SAUKA SZAİKOSVSKI
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ	27-Número no CRO 19505	28-UF SC	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PV	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/23		Eden
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PV	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/23		Eden
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/05/23	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 176,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/05/23 Barbara Robaskiewicz Cirurgião Dentista CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/23 Eden S Szaiowski	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1466614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2013	4-Data de Autorização 25/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11263135	7-Data Validade da Senha 23/08/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100161703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELLA MACHADO SZAİKOSVSKI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDER SAUKA SZAİKOSVSKI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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	25/10/2013		Eden
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	25/10/2013		Eden
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2013	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2013 Barbara Robaskievicz CRO/SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2013 Eden S. Sauka	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



1467291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2013	4-Data de Autorização 25/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11265027	7-Data Validade da Senha 23/08/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524417100161703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAFAELLA MACHADO SZAİKOSVSKI	14-Telefone () - /	15-Nome do Titular do plano EDER SAUKA SZAİKOSVSKI
---	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654

26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ	27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PV	1	88,00	0,00		S	25/05/2013		Eder
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/05/2013	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/2013 Eder S. Sauka CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/2013 Eder S. Sauka	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1464212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/23	4-Data de Autorização 24/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11256313	7-Data Validade da Senha 22/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536548900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RICARDO LUIS GARCIA PETRINI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO LUIS GARCIA PETRINI
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	24/05/23		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	24/05/23		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	24/05/23		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	24/05/23		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	24/05/23		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	24/05/23		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/05/23	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 447,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/23 Barbara Robaskievicz Cirurgião-Dentista CRO SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



1453407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/05/23	4-Data de Autorização 18/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11227542	7-Data Validade da Senha 15/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536548900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDO LUIS GARCIA PETRINI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO LUIS GARCIA PETRINI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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	38	O	1	61,00	0,00		S	18/05/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/05/23	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/23 Barbara Robaskievicz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Cirurgião-dentista
CRO-SC 19505



1454577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/05/23	4-Data de Autorização 18/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11231012	7-Data Validade da Senha 15/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553311900115104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANGELA SIQUEIRA		14-Telefone 06/05/1978	15-Nome do titular do plano VALDECIR CARDOSO DE LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5046245000173	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNES 7039654
26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ		27-Número no CRO 19505	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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 Ciose	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/05/23		Rosange
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/05/23		Rosange
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/05/23		Rosange
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/05/23		Rosange
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/05/23		Rosange
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/05/23	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/23 Barbara Robaskievicz Cirurgiã Dentista CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/23 Rosangela Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



1465810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 5 / 2 3	4-Data de Autorização 2 5 / 0 5 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11260903	7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 8 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 3 3 1 1 9 0 0 1 1 5 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VALDECIR CARDOSO DE LIMA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDECIR CARDOSO DE LIMA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA ROBASKIEVICZ	18-Número no CRO 19505	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 0 4 6 2 4 5 0 0 0 1 7 3	22-Nome do Contratado Executante NATURALE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 9356	24-UF SC	25-Código CNE S 7039654
--	---	--------------------------	-------------	----------------------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA ROBASKIEVICZ	27-Número no CRO 19505	28-UF SC	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4, 0 0	0, 0 0		S	25/05/23		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	25/05/23		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	25/05/23		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	25/05/23		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6, 0 0	0, 0 0		S	25/05/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/05/23	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 1 7 8, 0 0	47-Valor Total R\$ 0, 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/23 Barbara Robaskiewicz CRO-SC 19505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/23 Valdecir b. Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--