



344435
INTERCAMBIO

1-Gênero ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7729937	7-Data Validade da Senha 21/10/20
----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Do Beneficiário Nome da Carteira 02025308698000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento 10/05/2013		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DANIELLE CHECHI SILVA	

16-Contratado Responsável pelo Tratamento Endereço a RN		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Órgão na Operadora / CNPJ / CPF 17056143954		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Item	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
00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		Danielle
00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	03/08/20		Danielle
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00		S	03/08/20		Danielle
00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	DO	1	88,00	0,00		S	11/08/20		Danielle
00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	03/08/20		Danielle
00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	03/08/20		Danielle
00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	11/08/20		Danielle
00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	11/08/20		Danielle

43-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 451,00	47-Valor Total R\$ 25.833,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0000001-96
--	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---

Aro, 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 esta guia, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Reservação	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/2013 Ana Carolina Bocassanta Cirurgiã Dentista CRO-PR 26775	51-Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2013 Danielle Chechi Cirurgiã Dentista	52-Assinatura da Empresa 03/08/2013 Vila residencial G Foz do Iguaçu PR
---------------	---	---	--

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



344431
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7729922	7-Data Validade da Senha 21/11/2012
------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Endereço do Beneficiário Rua da Canela 0202530869800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANIELLE CHECHI SILVA 16/10/1993		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELLE CHECHI SILVA	

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento Rendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17056143954	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Índice de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/10/2012		Danielle
	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/10/2012		Danielle
	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/10/2012		Danielle
	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/10/2012		Danielle
	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2012		Danielle
	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	12/10/2012		Danielle
	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	11/10/2012		Danielle
	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	03/10/2012		Danielle

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 310,00	47-Valor Total R\$ 2.000,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000,00
---	--	---	----------------------------------	--------------------------------	---

Ato, 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Reservação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2012
---------------	---	---	---	---

CLINICA DENTAL UNI COOPERATIVA - R. São Paulo nº 09 CEP 85870-110

Vila residencial C
Faz do Iguaçu PR

s do Beneficiários do Contratado Responsável pelo Tratamento

nome do Profissional Executante

IA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA

de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

aro, 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
rato. 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
entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação: 100-958-95070-110

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/13/12/10 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/13/12/10 [Assinatura] Dorcasanta Cirurgião-Dentista CRO-PR 26775	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/13/12/10 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/13/12/10 [Carimbo]	Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
---	---	--	---	--



341687
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/20	4-Data de Autorização 28/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716136	7-Data Validade da Senha 18/10/20
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Identificação do Beneficiário Número da Carteira 0202530658300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento RSE ALVEZ JANDRE	14-Telefone 04/12/1997	15-Nome do titular do plano FRANCIELI NORBERTO		

16-Contratado Responsável pelo Tratamento Endereço a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Endereço da Operadora / CNPJ / CPF 17056143954	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante IA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	27-Número no CRO 26775	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200	

30-Item de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	28/07/20		Dirceu
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	28/07/20		Dirceu
	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MO	1	88,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu
	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		Dirceu

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 542,00	47-Valor Total R\$ 25.523,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1500,00
---	--	---	----------------------------------	---------------------------------	--

Aro, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/07/20 Ana Carolina da Silva Bocassanta Cirurgiã-Dentista CRO-PR 26775	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20 Dirceu Alvez Jandre	51-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/20 Vila residencial G Foz do Iguaçu PR
---	---	--