

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



268308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012 4-Data de Autorização 11/11/2012 5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7304570 7-Data Validade da Sentença 10/08/2014 12/02/2012

8-Número da Carteira 10020125284111000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GEYCIANE DA SILVA PIRES 26/10/1984 14-Telefone (1611) 34158148110 15-Nome do titular do plano GEYCIANE DA SILVA PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 18-Número no CRO 8862 19-UF DF 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1724119377168 22-Nome do Contratado, Executante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 23-Número no CRO 8862 24-UF DF 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 27-Número no CRO 8862 28-UF DF 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	36	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 9 0 3 20			Geysiane
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RMSE	1	1	1 4 0 0	0 0 0 0				Geysiane
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

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 0 0 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

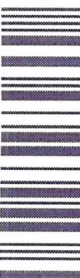
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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-Sigla Local e Assinatura do Profissional Solicitante 51-Data Local e Assinatura do Profissional Dentista 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data Local e Carimbo da Empresa 54-Data Local e Carimbo do Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Mº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2011 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentia AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7304637 7-Data Validade da Sentia 10/08/2014 2-Mº 268332 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100212528411000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GEYCIANE DA SILVA PIRES 14-Teléfono (1611) 345814810 15-Nome do titular do plano GEYCIANE DA SILVA PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 18-Número no CRO 8862 19-UF DF 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPU / CPF 72419377168 22-Nome do Contratado Executante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 23-Número no CRO 8862 24-UF DF 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA 27-Número no CRO 8862 28-UF DF 29-Código CBO S

30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	8,80	0,00	0,00				GEYCIANE
2-00	810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00				GEYCIANE
3-00	810004211	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	14,00	0,00	0,00				GEYCIANE
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 10,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Local Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Local Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Local Assinatura do Médico/Responsável 53-Local Assinatura do Especialista em Odontologia 54-Local Assinatura do Especialista em Odontologia

2-N^o289007
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
LUCELIA PEREIRA DA SILVA

Journal of Management Inquiry 22(3)

025 -

• **Business Process**

41-Motivo da Gloriosa 42-Aceitação

30-11-2020

—

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

—

[illegible][illegible]

e arcar com os custos previstos para a execução da obra, a fim de assegurar a continuidade da obra e a segurança dos trabalhadores, os valores devem ser depositados em uma conta bancária, sob o nome da empresa contratada, para garantir a execução da obra e a segurança dos trabalhadores, os valores devem ser depositados em uma conta bancária, sob o nome da empresa contratada, para garantir a execução da obra e a segurança dos trabalhadores.

de França
sin

--	--

2-N⁺

291980
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde15-Nome do titular do plano

4001101107

025 -

Enviar - RX

(1) 81000421-

pagão R\$	3
-----------	---

11

1	2
---	---

—

11

[illegible]

—

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1

—

—

—

—

47-Valor Total

cumprir as ori

1

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

3. Data locale Ca

131

2-N⁶
$$\frac{11210}{11210}$$
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ANDRIELLY CHRISTINA RODRIGUES DIAS

26-Nome do Profissional Executante

Faturar Empresa

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

[illegible]

--	--

2.2.1

297885
CÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/9/03/20	4-Valor de Autoliquidação 10/9/03/20	AUTORIZADO 7483270	12-Número do Cartão
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------

Dados do Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	15-Idone do titular do plano
8-Número da Carteira	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	
0 0 0 2 0 0 2 1 5 2 9 0 3 6 4 0 0 0 0 0 1 0 2			

13- Nome	LUCIELA PEREIRA DA SILVA									
29/01/2010										
()	9	6	6	7	-	8	9	2	6	

025 =	20-Código CBO S	19-U/F	18-Número no CRO	Cardos do Contratado Responsável pelo Tratamento
-------	-----------------	--------	------------------	--

16-Agendamento a RN		
17-Nome do Profissional Solicitante	TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCA	
18a-UF	8062	
19a-Número no CRO		
20a-Código CNES		
21a-UF		
22a-Estado		
23a-Estado		
24a-Estado		
25a-Estado		
26a-Estado		
27a-Estado		
28a-Estado		
29a-Estado		
30a-Estado		
31a-Estado		
32a-Estado		
33a-Estado		
34a-Estado		
35a-Estado		
36a-Estado		
37a-Estado		
38a-Estado		
39a-Estado		
40a-Estado		
41a-Estado		
42a-Estado		
43a-Estado		
44a-Estado		
45a-Estado		
46a-Estado		
47a-Estado		
48a-Estado		
49a-Estado		
50a-Estado		
51a-Estado		
52a-Estado		
53a-Estado		
54a-Estado		
55a-Estado		
56a-Estado		
57a-Estado		
58a-Estado		
59a-Estado		
60a-Estado		
61a-Estado		
62a-Estado		
63a-Estado		
64a-Estado		
65a-Estado		
66a-Estado		
67a-Estado		
68a-Estado		
69a-Estado		
70a-Estado		
71a-Estado		
72a-Estado		
73a-Estado		
74a-Estado		
75a-Estado		
76a-Estado		
77a-Estado		
78a-Estado		
79a-Estado		
80a-Estado		
81a-Estado		
82a-Estado		
83a-Estado		
84a-Estado		
85a-Estado		
86a-Estado		
87a-Estado		
88a-Estado		
89a-Estado		
90a-Estado		
91a-Estado		
92a-Estado		
93a-Estado		
94a-Estado		
95a-Estado		
96a-Estado		
97a-Estado		
98a-Estado		
99a-Estado		
100a-Estado		
101a-Estado		
102a-Estado		
103a-Estado		
104a-Estado		
105a-Estado		
106a-Estado		
107a-Estado		
108a-Estado		
109a-Estado		
110a-Estado		
111a-Estado		
112a-Estado		
113a-Estado		
114a-Estado		
115a-Estado		
116a-Estado		
117a-Estado		
118a-Estado		
119a-Estado		
120a-Estado		
121a-Estado		
122a-Estado		
123a-Estado		
124a-Estado		
125a-Estado		
126a-Estado		
127a-Estado		
128a-Estado		
129a-Estado		
130a-Estado		
131a-Estado		
132a-Estado		
133a-Estado		
134a-Estado		
135a-Estado		
136a-Estado		
137a-Estado		
138a-Estado		
139a-Estado		
140a-Estado		
141a-Estado		
142a-Estado		
143a-Estado		
144a-Estado		
145a-Estado		
146a-Estado		
147a-Estado		
148a-Estado		
149a-Estado		
150a-Estado		
151a-Estado		
152a-Estado		
153a-Estado		
154a-Estado		

[illegible]

25-Nome do Profissional Executante	27-Número do CNO	DF	
	8862		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	Quantidade	Valor	Co-participação R\$	Aut
TAMAYNNE CERQUEIRA DE FRANCO	25,004	37,216,67	39,4	40-D

30-Tablão	31-Código do Procedimento	32-Descrição
26	016100	RESTAURAÇÃO RESINA

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Total 2-Parcial

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência

Eu, _____, abaixo assinado e autorizado a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo atendimento.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, bem como sobre a natureza e o conteúdo do presente contrato, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento livre e esclarecido, e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, a(s) empresa(s) e/ou profissional(is) que for(em) contratado(s) para a realização do(s) procedimento(s) acima descrito(s), conforme previsto no contrato.

49-Observação

5.3-Diaria, locais de trabalho e transporte	Em Dólar, local e destinação do Beneficiário Responsável
2012	2012
2013	2013
2014	2014
2015	2015
2016	2016
2017	2017
2018	2018
2019	2019
2020	2020
2021	2021
2022	2022
2023	2023
2024	2024
2025	2025
2026	2026
2027	2027
2028	2028
2029	2029
2030	2030
2031	2031
2032	2032
2033	2033
2034	2034
2035	2035
2036	2036
2037	2037
2038	2038
2039	2039
2040	2040
2041	2041
2042	2042
2043	2043
2044	2044
2045	2045
2046	2046
2047	2047
2048	2048
2049	2049
2050	2050
2051	2051
2052	2052
2053	2053
2054	2054
2055	2055
2056	2056
2057	2057
2058	2058
2059	2059
2060	2060
2061	2061
2062	2062
2063	2063
2064	2064
2065	2065
2066	2066
2067	2067
2068	2068
2069	2069
2070	2070
2071	2071
2072	2072
2073	2073
2074	2074
2075	2075
2076	2076
2077	2077
2078	2078
2079	2079
2080	2080
2081	2081
2082	2082
2083	2083
2084	2084
2085	2085
2086	2086
2087	2087
2088	2088
2089	2089
2090	2090
2091	2091
2092	2092
2093	2093
2094	2094
2095	2095
2096	2096
2097	2097
2098	2098
2099	2099
2100	2100
2101	2101
2102	2102
2103	2103
2104	2104
2105	2105
2106	2106
2107	2107
2108	2108
2109	2109
2110	2110
2111	2111
2112	2112
2113	2113
2114	2114
2115	2115
2116	2116
2117	2117
2118	2118
2119	2119
2120	2120
2121	2121
2122	2122
2123	2123
2124	2124
2125	2125
2126	2126
2127	2127
2128	2128
2129	2129
2130	2130
2131	2131
2132	2132
2133	2133
2134	2134
2135	2135
2136	2136
2137	2137
2138	2138
2139	2139
2140	2140
2141	2141
2142	2142
2143	2143
2144	2144
2145	2145
2146	2146
2147	2147
2148	2148
2149	2149
2150	2150
2151	2151
2152	2152
2153	2153
2154	2154
2155	2155
2156	2156
2157	2157
2158	2158
2159	2159
2160	2160
2161	

[illegible]

Draw a picture of the number 10. 