

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

22

349527
INTERCAMBIO

[illegible]

17-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH		18-Número no CRO 27939		19-UF PR		20-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH		23-Número no CRO 27939		24-UF PR		25-Código CNES	
27-Número no CRO 27939		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Código CBO S	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
33-Descrição	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												
CONSULTA ODONTOLÓGICA	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	1	3 4 1 0 0	0	0	S	13/10/2012														
PROFILAXIA: POLIMENTO	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	1	3 5 1 0 0	0	0	S	13/10/2012														
PROFILAXIA: POLIMENTO	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	1	3 5 1 0 0	0	0	S	13/10/2012														
PROFILAXIA: POLIMENTO	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	1	3 5 1 0 0	0	0	S	13/10/2012														
PROFILAXIA: POLIMENTO	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	1	3 5 1 0 0	0	0	S	13/10/2012														

[illegible]

13/10/18 12:10 Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/10/18 12:10 Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/10/18 12:10 Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/10/18 12:10 53-Data, local e Carimbo da Empresa	Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
---	---	---	--	---

~~R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110~~

Villa residencial C
Foz do Iguaçu PR

53-Data, local e Carimbo da Empresa

rio / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1.3.2012

sta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



337806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/07

4-Data de Autorização
10/11/08

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7698468

7-Data Vencimento da Sentença
10/09/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025301313000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-É necessária
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencimento da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SANDRA ORTEGA CORDEIRO MARQUES

04/05/1978

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
SANDRA ORTEGA CORDEIRO MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDRESSA RENATA RECH

18-Número no CRO
27939

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
109825842962

22-Nome do Contratado Executante
ANDRESSA RENATA RECH

23-Número no CRO
27939

24-UF
PR

25-Código CNES
(1) 81000421

26-Nome do Profissional Executante
ANDRESSA RENATA RECH

27-Número no CRO
27939

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1	100181000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	11	10/11/08	2101	Recha
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11

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
14,00

47-Valor Total R\$
25,53

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 contidas 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.

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

49-Observação

Vila residencial C

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/08 Andressa Rech

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/08 Andressa Rech

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/08 Sandra O. Cordeiro

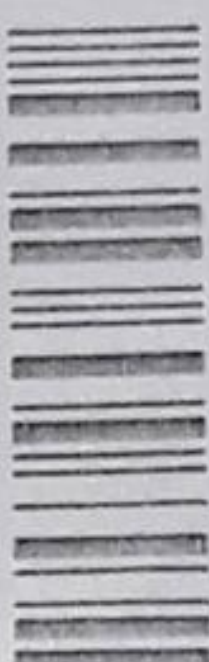
53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/08

Foz de Iguaçu PR

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2M



325125
INTERCAMBIO

1-Identificação 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10	4-Data de Autuação 12/3/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Original 7637286	7-Data Validação da Série 11/04/10
8-Dados do Beneficiário 10-02022530411880000001021 EDUARDO HAMMOUD			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11
13-Nome EDUARDO HAMMOUD			14-Data de Nascimento 19/12/1970	15-Endereço MARGARETE DE FATIMA FAGUNDES DA SILVA	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
16-Adesão ao Plano N			17-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH	18-Número no CRO 27939	19-UF PR
21-Código na Operadora (CNPJ / CPE) 10982584296211			22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH	23-Número no CRO 27939	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA RENATA RECH			27-Número no CRO 27939	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tipo de Atendimento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Bregião	34-Faixa	35-Ciú	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Grosse	42-Valor
1	00	81000030		1	1	34	10	0	1	1	23	106120
2	00	84000198		1	1	35	10	0	1	1	23	106120
3	00	84000198		1	1	35	10	0	1	1	23	106120
4	00	84000198		1	1	35	10	0	1	1	23	106120
5	00	84000198		1	1	35	10	0	1	1	23	106120
6	00	82000875		1	1	73	10	0	1	1	105	108120
7	00	82000859		1	1	73	10	0	1	1	105	108120
8	00	81000421		1	1	14	10	0	1	1	23	106120
9	1											
10	1											
11	1											
12	1											
13	1											
14	1											
15	1											
16	1											
17	1											
18	1											
19	1											
20	1											
21	1											
22	1											
23	1											
24	1											
25	1											
26	1											
27	1											
28	1											
29	1											
30	1											
31	1											
32	1											
33	1											
34	1											
35	1											
36	1											
37	1											
38	1											
39	1											
40	1											
41	1											
42	1											
43	1											
44	1											
45	1											
46	1											
47	1											
48	1											
49	1											
50	1											
51	1											
52	1											
53	1											
54	1											
55	1											
56	1											
57	1											
58	1											
59	1											
60	1											
61	1											
62	1											
63	1											
64	1											
65	1											
66	1											
67	1											
68	1											
69	1											
70	1											
71	1											
72	1											
73	1											
74	1											
75	1											
76	1											
77	1											
78	1											
79	1											
80	1											
81	1											
82	1											
83	1											
84	1											
85	1											
86	1											
87	1											
88	1											
89	1											
90	1											
91	1											
92	1											
93	1											
94	1											
95	1											
96	1											
97	1											
98	1											
99	1											
100	1											

43-Data Final do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Valor Total R\$
47-Valor Total R\$
48-Valor Total R\$
49-Valor Total R\$
50-Valor Total R\$
51-Valor Total R\$
52-Valor Total R\$
53-Valor Total R\$
54-Valor Total R\$
55-Valor Total R\$
56-Valor Total R\$
57-Valor Total R\$
58-Valor Total R\$
59-Valor Total R\$
60-Valor Total R\$
61-Valor Total R\$
62-Valor Total R\$
63-Valor Total R\$
64-Valor Total R\$
65-Valor Total R\$
66-Valor Total R\$
67-Valor Total R\$
68-Valor Total R\$
69-Valor Total R\$
70-Valor Total R\$
71-Valor Total R\$
72-Valor Total R\$
73-Valor Total R\$
74-Valor Total R\$
75-Valor Total R\$
76-Valor Total R\$
77-Valor Total R\$
78-Valor Total R\$
79-Valor Total R\$
80-Valor Total R\$
81-Valor Total R\$
82-Valor Total R\$
83-Valor Total R\$
84-Valor Total R\$
85-Valor Total R\$
86-Valor Total R\$
87-Valor Total R\$
88-Valor Total R\$
89-Valor Total R\$
90-Valor Total R\$
91-Valor Total R\$
92-Valor Total R\$
93-Valor Total R\$
94-Valor Total R\$
95-Valor Total R\$
96-Valor Total R\$
97-Valor Total R\$
98-Valor Total R\$
99-Valor Total R\$
100-Valor Total R\$

51-Data Local e Assinatura do Gerente
52-Data Local e Assinatura do Beneficiário
53-Data Local e Assinatura do Responsável
54-Data Local e Assinatura do Responsável
55-Data Local e Assinatura do Responsável
56-Data Local e Assinatura do Responsável
57-Data Local e Assinatura do Responsável
58-Data Local e Assinatura do Responsável
59-Data Local e Assinatura do Responsável
60-Data Local e Assinatura do Responsável
61-Data Local e Assinatura do Responsável
62-Data Local e Assinatura do Responsável
63-Data Local e Assinatura do Responsável
64-Data Local e Assinatura do Responsável
65-Data Local e Assinatura do Responsável
66-Data Local e Assinatura do Responsável
67-Data Local e Assinatura do Responsável
68-Data Local e Assinatura do Responsável
69-Data Local e Assinatura do Responsável
70-Data Local e Assinatura do Responsável
71-Data Local e Assinatura do Responsável
72-Data Local e Assinatura do Responsável
73-Data Local e Assinatura do Responsável
74-Data Local e Assinatura do Responsável
75-Data Local e Assinatura do Responsável
76-Data Local e Assinatura do Responsável
77-Data Local e Assinatura do Responsável
78-Data Local e Assinatura do Responsável
79-Data Local e Assinatura do Responsável
80-Data Local e Assinatura do Responsável
81-Data Local e Assinatura do Responsável
82-Data Local e Assinatura do Responsável
83-Data Local e Assinatura do Responsável
84-Data Local e Assinatura do Responsável
85-Data Local e Assinatura do Responsável
86-Data Local e Assinatura do Responsável
87-Data Local e Assinatura do Responsável
88-Data Local e Assinatura do Responsável
89-Data Local e Assinatura do Responsável
90-Data Local e Assinatura do Responsável
91-Data Local e Assinatura do Responsável
92-Data Local e Assinatura do Responsável
93-Data Local e Assinatura do Responsável
94-Data Local e Assinatura do Responsável
95-Data Local e Assinatura do Responsável
96-Data Local e Assinatura do Responsável
97-Data Local e Assinatura do Responsável
98-Data Local e Assinatura do Responsável
99-Data Local e Assinatura do Responsável
100-Data Local e Assinatura do Responsável