

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012		4-Data de Autorização 11/09/2012		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 377631		7-Data Validade da Sentença 16/11/2012		377631 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020252901556000000202				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa SOCIEDADE DE ENSINO		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BERNARDO LEE LOCH				18/12/2009				14-Telefone		15-Nome do titular do plano CRISTIAN LOCH LEITH ROLON			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		18-Número no CRO 12817		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		24-UF PR		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 035819101926		22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		23-Número no CRO 12817		24-UF PR		25-Código CNES		28-UF PR		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		27-Número no CRO 12817		28-UF PR		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-001810000419				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34,00		0,00	
2-00185000787				IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM		74		1		8,00		0,00	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 42,00		47-Valor Total R\$ 122.700,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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 obrigações do plano de saúde e a pagar os valores 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dr. Roberto Rocco Texeira
Cirurgião-Dentista
CRO 12.817-PR

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/09/2012 - Curitiba

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
11/09/2012 - Curitiba

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/09/2012 - Curitiba

53-Data, local e Cartão da Empresa
Av. Garibaldi Nº 1428 sala 01

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/09/2012 - Curitiba

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/09/2012 - Curitiba

Foz do Iguaçu - PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

380002
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/01/12/12/10

6-Número da Guia Principal
380002

5-Sentia
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
11/11/11/11/11

3-Data de Emissão da Guia
12/11/09/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00020253171209000000103

13-Nome

VINICIUS LOURENCO MELO

28/09/2002

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
GRACIELA LOURENCO BISPO

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N ROBERTO ROCCO TEXEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

03158191010126

22-Nome do Contratado Executante

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

26-Nome do Profissional Executante

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-00181000049

CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-00185200034

TRATAMENTO EM

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 Gloriosa

42-Assinatura

43-Total Franquia/Co-participação R\$

44-Total Franquia/Co-participação R\$

45-Total Franquia/Co-participação R\$

46-Total Franquia/Co-participação R\$

47-Total Franquia/Co-participação R\$

48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Total Franquia/Co-participação R\$

50-Total Franquia/Co-participação R\$

51-Total Franquia/Co-participação R\$

52-Total Franquia/Co-participação R\$

53-Total Franquia/Co-participação R\$

54-Total Franquia/Co-participação R\$

55-Total Franquia/Co-participação R\$

56-Total Franquia/Co-participação R\$

57-Total Franquia/Co-participação R\$

58-Total Franquia/Co-participação R\$

59-Total Franquia/Co-participação R\$

60-Total Franquia/Co-participação R\$

61-Total Franquia/Co-participação R\$

62-Total Franquia/Co-participação R\$

63-Total Franquia/Co-participação R\$

64-Total Franquia/Co-participação R\$

65-Total Franquia/Co-participação R\$

66-Total Franquia/Co-participação R\$

67-Total Franquia/Co-participação R\$

68-Total Franquia/Co-participação R\$

69-Total Franquia/Co-participação R\$

70-Total Franquia/Co-participação R\$

71-Total Franquia/Co-participação R\$

72-Total Franquia/Co-participação R\$

73-Total Franquia/Co-participação R\$

74-Total Franquia/Co-participação R\$

75-Total Franquia/Co-participação R\$

76-Total Franquia/Co-participação R\$

77-Total Franquia/Co-participação R\$

78-Total Franquia/Co-participação R\$

79-Total Franquia/Co-participação R\$

80-Total Franquia/Co-participação R\$

81-Total Franquia/Co-participação R\$

82-Total Franquia/Co-participação R\$

83-Total Franquia/Co-participação R\$

84-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Observação

Av. Garibaldi Nº 1428 sala 01

CEP: 85.867-500 - Vila residencial A

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

42-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

42-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

[illegible]

2-Nº

How can you find "yourself" in a

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012		5-Sineta PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 381301		7-Data Validade da Sineta 21/12/2012		381301 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
a-Número da Carteira 0002025312163700000101										11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome GUIDO CESAR LANDE FREITAS										15-Nome do titular do plano GUIDO CESAR LANDE FREITAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										1025 -	
16-Atendimento a RN ROBERTO ROCCO TEXEIRA										18-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926										23-Código CNES 12817	
26-Nome do Profissional Excusante ROBERTO ROCCO TEXEIRA										28-UF PR	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	
30-Tabela 31-Código do Procedimento										39-Aut N	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA										40-Data de Realização 22/09/2012	
1-00181000049										41-Motivo da Class 42-Assinatura 22/09/2012	
2-00185200034										N	
3-1										22/09/2012	
4-1										22/09/2012	
5-1										22/09/2012	
6-1										22/09/2012	
7-1										22/09/2012	
8-1										22/09/2012	
9-1										22/09/2012	
10-1										22/09/2012	
11-1										22/09/2012	
12-1										22/09/2012	
13-1										22/09/2012	
14-1										22/09/2012	
15-1										22/09/2012	
43-Data Previsto Término do Tratamento 22/09/2012										45-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
44-Data Previsto Término do Tratamento 22/09/2012										46-Tipo de Frutamento 1-1-Total 2-Parcial	
47-Total Quantidade US 42,00										48-Total Quantidade R\$ 22.738,89	
49-Observação										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/2012 Guido Cesar Lande Freitas	
53-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										54-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
55-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										56-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
57-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										58-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
59-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										60-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
61-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										62-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
63-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										64-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
65-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										66-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
67-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										68-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
69-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										70-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
71-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										72-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
73-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										74-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
75-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										76-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
77-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										78-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
79-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										80-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
81-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										82-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
83-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										84-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
85-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										86-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
87-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										88-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
89-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										90-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
91-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										92-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
93-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										94-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
95-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										96-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
97-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										98-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
99-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										100-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
101-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										102-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
103-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										104-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
105-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										106-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
107-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										108-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
109-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										110-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira	
111-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2012 Roberto Rocco Texeira										112-Data, local e Assinatura do Enjuazeiro 22/09/2	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

384951
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 09/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 384951	7-Data Validade da Senha 12/11/11 12/12/10
--------------------------	--	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252827081000132011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ELISANGELA CORREIA	14-Data de Nascimento 14/02/1977	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano ELISANGELA CORREIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01358191092611	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 de Glosa 42-Assinatura
1-0101811000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/08/11	Roberto Rocco Teixeira
2-101018152000341		TRATAMENTO EM			1	8,00	0,00			11/08/11	Roberto Rocco Teixeira
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 Previsto Término do Tratamento 28/11/08/11 20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 22.788,89	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	---------------------------------	---

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 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

Av. Garibaldi Nº 1428 sala 01

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/08/11 20 Roberto Rocco Teixeira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/11/08/11 20 Elisângela C.
--	---

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/08/11 20 Elisângela C.

53-Data, local e Assinatura 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.

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/08/11 20 Elisângela C.

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/08/11 20 Elisângela C.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

385050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/18/10/19/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 385050	7-Data Validade da Sanha 12/11/12/12/10
--------------------------	--	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202518649100003503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome PEDRO HENRIQUE FERNANDES KLEINHANS	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCELO DE SOUZA KLEINHANS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00351811911092161111	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/25/10/11/21	
2-00085300080		TRATAMENTO DE	37		1	8,00	0,00	0,00		11/25/10/11/21	
3-00085300080		TRATAMENTO DE	47		1	8,00	0,00	0,00		11/25/10/11/21	
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 28/10/15/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 22.788,89	48-Valor Total R\$ 22.788,89	49-Valor Total R\$ 22.788,89	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/15/11/21 Roberto Rocco Teixeira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans	100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/15/11/21 Pedro Henrique Fernandes Kleinhans
--	--	---	---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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.

Av. Garibaldi Nº 1428 sala 01
 CEP-85.861-550 - Vila residencial A

387380
INTERC

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

19-Observação

Av. Caribaldi N° 1428 sala 01

069.06.004.550 - Vila residencial A

CEP: 09.001-500 Vila Industrial - Jd. do
Sítio da Empresa

PR = Probability of Ignacy = PR