

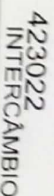
CRO: 28021/PR

Cirurgião Dentista: (17937) - CARLA LETICIA FILIPIN

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
423022 - I	MERI TEREZA DE OLIVEIRA (00202531175400054001)		19/11/2020	323	0,6	R\$ 193,80
423953 - I	GUSTAVO HENRIQUE PADER KLEINUBING (00202531175400017704)		20/11/2020	431	0,6	R\$ 258,60
425742 - I	MARCIA FERNANDA NARDI (00202509366000000103)		23/11/2020	174	0,6	R\$ 104,40
428385 - I	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH (00202522068300000201)		26/11/2020	88	0,6	R\$ 52,80
429066 - I	ELIANA DE LIMA CAVASINI (00202531175400042401)		27/11/2020	296	0,6	R\$ 177,60
429069 - I	ALANA MAYSA MIORANDO (00202531175400015702)		27/11/2020	174	0,6	R\$ 104,40
430428 - I	IARA JULIANA STAFFEN (00202507462000010301)		30/11/2020	174	0,6	R\$ 104,40
433406 - I	ANANDA RUBIELY MIORANDO (00202531175400015703)		03/12/2020	262	0,6	R\$ 157,20
433458 - I	ANA PAULA GIMENES (00202531175400004703)		03/12/2020	235	0,6	R\$ 141,00
433468 - I	RAQUEL CAROLINA WESSELING (00202531175400041301)		03/12/2020	235	0,6	R\$ 141,00
434120 - I	ELISETE DOS REIS (00202531175400048401)		03/12/2020	174	0,6	R\$ 104,40
436364 - I	SALETE RAMBO (00202531175400004701)		08/12/2020	262	0,6	R\$ 157,20
436407 - I	ARIVALDO LUIZ COSTA (002025313983000000401)		08/12/2020	235	0,6	R\$ 141,00
436410 - I	SEBASTIAO DE SOUZA (00202531175400001702)		08/12/2020	174	0,6	R\$ 104,40
438955 - I	ROSANE DA SILVA MIORANDO (00202531175400015701)		11/12/2020	88	0,6	R\$ 52,80
439134 - I	ANANDA RUBIELY MIORANDO (00202531175400015703)		11/12/2020	61	0,6	R\$ 36,60
439608 - I	SEBASTIAO DE SOUZA (00202531175400001702)		11/12/2020	305	0,6	R\$ 183,00
441761 - I	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH (00202522068300000201)		16/12/2020	174	0,6	R\$ 104,40
448445 - I	ENIO GUILHERME BORGES (00202533540200000102)		06/01/2021	357	0,6	R\$ 214,20
448810 - I	IAN GABRIEL VOLKMER CORREA DA CRUZ (00202531175400052208)		07/01/2021	546	0,6	R\$ 327,60
456642 - I	LIVIA EDUARDA VOLKMER CORREA DA CRUZ (00202531175400052208)		19/01/2021	174	0,6	R\$ 104,40
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		4942
				Nº de atendimentos:		21
				Valor:		R\$ 2.965,20
Totalizador						
				Nº de USOs:		4942
				Nº de atendimentos:		21
				Valor:		R\$ 2.965,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

245



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.

Page 10 of 10

Journal of Management Inquiry

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

22



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



425742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/2/01		4-Data de Autenticação 12/4/11 11/2/01		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8081487		7-Data Validade da Guia 12/1/10 12/1/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10/02/02 15/09/03 16/00/00 00/00/01 10/03		9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOC COMERCIAL E		11-Data Validade do Cartão 11/11/11		12-Nome do Cartão Nacional de Saúde ANA CRISTINE NARDI		13-Nome MARCIA FERNANDA NARDI		14-Telefone () 3252 2626	
15-Data do Contrato Reconhecimento pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN		18-Número no CRO 28021		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/8/31 12/32 49 84	
22-Nome do Profissional Executante CARLA LETICIA FILIPIN		23-Número no CRO 28021		24-UF PR		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN		27-Número no CRO 28021		28-UF PR	
29-Código CBO S		30-Data de Realização		31-Motivo da Guia		32-Assinatura		33-Data de Realização		34-Motivo da Guia		35-Assinatura	

30-1-Item	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 Guia	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					
6	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00					
7	00											
8	00											
9	00											
10	00											
11	00											
12	00											
13	00											
14	00											
15	00											

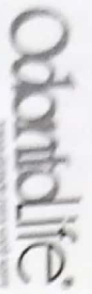
43-Data Prevista Término do Tratamento 25/01/11	44-Tipo de Atendimento 11-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fratura	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	--------------------------------	--------------------------	---

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora

244

428385
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



429066
INTERCÂMBIO

1- Número ANVISA 429066	2- Data de Emissão do Guia 12/17/2011	3- Data de Autuação 03/11/2012	4- Status AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 8095306	6- Data Vencimento da Guia 12/15/2012
----------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------	--	--

7- Nome do Paciente ELIANA DE LIMA CAVASINI	8- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	9- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	10- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	11- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	12- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
--	--	--	---	---	---

13- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	14- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	15- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	16- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	17- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	18- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

19- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	20- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	21- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	22- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	23- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	24- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

25- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	26- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	27- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	28- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	29- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	30- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

31- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	32- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	33- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	34- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	35- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	36- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

37- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	38- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	39- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	40- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	41- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	42- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

43- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	44- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	45- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	46- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	47- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN	48- Nome do Paciente CARLA LETICIA FILIPIN
---	---	---	---	---	---

Dra. Carla Letícia Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28024

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



430428
INTERCÂMBIO

3.º Nome de Exatidão do Dado

4.º Data de Autorização

5.º Serviço

6.º Número da Guia Principal

7.º Data Validação da Guia

8.º Número da Guia Principal

9.º Nome do Cartão Nacional de Saúde

10.º Nome do Cartão

11.º Nome de Exatidão do Dado

12.º Serviço

13.º Número da Guia Principal

14.º Data Validação da Guia

15.º Número da Guia Principal

16.º Nome do Cartão Nacional de Saúde

17.º Nome do Cartão

18.º Nome de Exatidão do Dado

19.º Serviço

20.º Número da Guia Principal

21.º Data Validação da Guia

22.º Número da Guia Principal

23.º Nome do Cartão Nacional de Saúde

24.º

25.º

26.º

27.º

28.º

29.º

30.º

31.º

32.º

33.º

34.º

35.º

36.º

37.º

38.º

39.º

40.º

41.º

42.º

43.º

44.º

45.º

46.º

47.º

48.º

49.º

50.º

51.º

52.º

53.º

54.º

55.º

56.º

57.º

58.º

59.º

60.º

61.º

62.º

63.º

64.º

65.º

66.º

67.º

68.º

69.º

70.º

71.º

72.º

73.º

74.º

75.º

76.º

77.º

78.º

79.º

80.º

81.º

82.º

83.º

84.º

85.º

86.º

87.º

88.º

89.º

90.º

91.º

92.º

93.º

94.º

95.º

96.º

97.º

98.º

99.º

100.º

101.º

102.º

103.º

104.º

105.º

106.º

107.º

108.º

109.º

110.º

111.º

112.º

113.º

114.º

115.º

116.º

117.º

118.º

119.º

120.º

121.º

122.º

123.º

124.º

125.º

126.º

127.º

128.º

129.º

130.º

131.º

132.º

133.º

134.º

135.º

136.º

137.º

138.º

139.º

140.º

141.º

142.º

143.º

144.º

145.º

146.º

147.º

148.º

149.º

150.º

151.º

152.º

153.º

154.º

155.º

156.º

157.º

158.º

159.º

160.º

161.º

162.º

163.º

164.º

165.º

166.º

167.º

168.º

169.º

170.º

171.º

172.º

173.º

174.º

175.º

176.º

177.º

178.º

179.º

180.º

181.º

182.º

183.º

184.º

185.º

186.º

187.º

188.º

189.º

190.º

191.º

192.º

193.º

194.º

195.º

196.º

197.º

198.º

199.º

200.º

201.º

202.º

203.º

204.º

205.º

206.º

207.º

208.º

209.º

210.º

211.º

212.º

213.º

214.º

215.º

216.º

217.º

218.º

219.º

220.º

221.º

222.º

223.º

224.º

225.º

226.º

227.º

228.º

229.º

230.º

231.º

232.º

233.º

234.º

235.º

236.º

237.º

238.º

239.º

240.º

241.º

242.º

243.º

244.º

245.º

246.º

247.º

248.º

249.º

250.º

251.º

252.º

253.º

254.º

255.º

256.º

257.º

258.º

259.º

260.º

261.º

262.º

263.º

264.º

265.º

266.º

267.º

268.º

269.º

270.º

271.º

272.º

273.º

274.º

275.º

276.º

277.º

278.º

279.º

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro NAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010	4-Data de Autorização 04/11/2010	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113658	7-Data Validade da Seria 03/10/2011	433406 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0002025311754000157031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _
--	--------------------------------	--	---	--

13-Nome ANANDA RUBIEL Y MIORANDO	10/04/2006	14-Telefone () -
15-Nome do titular do plano ROSANE DA SILVA MIORANDO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN	18-Número no CBO 28021	19-Uf PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF	
0 8 3 1 2 3 2 4 9 8 4	
22-Nome do Contribuinte Exatamento	
CARLA LETICIA FILIPIN	
23-Número do CRO	
28021	
24-JF	25-Código CNES
PR	
Enviar - RX (1) 85100200	

COMITÊ DA FUNDACÃO EDUCACIONAL CARLA LETICIA FILIPIN	27-Número no CRO 28021	28-Uf PR	29-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	----------------------------

00-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Engenheiro	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Aut
---------	---------------------------	--------------	------------------------	---------	--------	------------------	----------	--------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	--------

[illegible][illegible][illegible][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]

15

[illegible]

25/01/21	1° Tratamiento Odontológico 2° Exame Radiológico 3° Ortopedia 4° Higienizacão Emergência	1° Total 2° Parcial	2 6 2 0 0	44 - Valor Total R\$	0 0 0 0
					48 - Total Franquia / Co-participação

que, após ter sido devidamente esclarecido, resolveu os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acatou e autorizou a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e agir com o mesmo em nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, conferindo-lhe a necessária e exclusiva autorização para a pagar em meu nome e por minha conta, as despesas decorrentes do tratamento, incluindo, mas não se limitando a, honorários, medicamentos, exames, procedimentos, materiais, e demais custos necessários para a realização do tratamento, bem como a autorização para a realização de procedimentos de emergência, quando necessário, e a autorização para a realização de procedimentos de emergência, quando necessário, e a autorização para a realização de procedimentos de emergência, quando necessário.

49-Observação

[illegible]

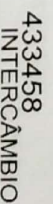
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/11 11:21 Cirurgia Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/11 11:14 Dra. Carla L. Filippin
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Endereço da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Responsável 25/10/11 11:21 Dra. Carla L. Filippin

[illegible]

*Korone de Silve furiando.

(

2490

Plano de Treinamento / Procedimentos Solicitadores

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	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-N

434120
INTERCÂMBIO

ide

41- Motivo da Glosa 42-Ass

[illegible][illegible]

21	28
----	----

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	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	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]

nte e arcar com os custos pre
ue assina esse documento, (

Carla L. ...

Angela Dentista

170



436364
INTERCÂMBIO

transmissões para você ter

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012 4-Data de Autorização 11/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8125257 7-Data Validade da Senha 10/08/10 3/12/11

8-Número da Carteira 1010210215311175410010147011

9-Pano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SALETE RAMBO 14-Teléfono 01/03/1972 15-Nome do titular do plano SALETE RAMBO 16-Data Validade da Carteira 11/11/11 17-Data Validade da Senha 10/08/10 3/12/11

18-Plano POS REDE PRESTADORA 01/03/1972

19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP CARLA LETICIA FILIPIN 22-Nome do Contratado Exatante CARLA LETICIA FILIPIN 23-Número no CRO 28021 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 26-Nome do Profissional Exatante CARLA LETICIA FILIPIN 27-Número no CRO 28021 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

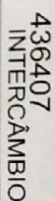
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rengão	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181101010310		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,10						Boate
2-010184010101981		PROFILAXIA: POLIMENTO				35,10						Boate
3-010184010101981		PROFILAXIA: POLIMENTO				35,10						Boate
4-010184010101981		PROFILAXIA: POLIMENTO				35,10						Boate
5-010184010101981		PROFILAXIA: POLIMENTO				35,10						Boate
6-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
7-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
8-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
9-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
10-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
11-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
12-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
13-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
14-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate
15-010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA				88,10						Boate

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO[illegible]

Data do Contrato Rescisivo pelo Trabalho	
16-Alinhamento a RN	17-Ação do Profissional Solicitante
N	CARLA LETICIA FILIPIN
18-Número no CRO	
28021	19-UF
	PR
20-Código CRO S	
025 -	
Faturar Empresa	

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatidão	23-Número do CNIC	24-UF	25-Código CBO S
10 8 3 1 2 3 2 4 9 8 4	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	
26-Nome do Profissional Exatidão	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR		

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Begão	34- Face	35- Old	36- Quantidade	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa 42- Sinais
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		12/5/01	21
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00		12/5/01	21
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00		12/5/01	21
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00		12/5/01	21
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00		12/5/01	21
6	00	RESTAURAÇÃO RESINA	11 D		1	1	61,00	0,00		12/3/01	21
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43- Tipo de Atendimento

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

44- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

45- Total Quantitativa US

235,00

46- 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 e autorizo a emissão de boleto bancário para pagamento do tratamento. 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.

45-Ornithinuria

Dr. G. Carlota Filipina

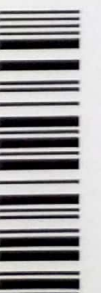
50-D-22a. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Carla L. Hippin
Chirurgia Dentista
CRO - PR

10. *Author's address:*

439608
INTERCÂMBIO

code

ADRIANA CRISTINA BENDER

20-00000 000 0

11

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

29-Conto CIO 8

--	--

100

Journal of Management Education 36(7) 809-824

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
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1110

0000000000

11010

1101011111

—

11

1103

1111

MEM

וְהָיָה כִּי יִשְׁמַע ה' בְּקוֹל הַבְּתוּלָה וְהָיָה כִּי יִשְׁמַע ה' בְּקוֹל הַבְּתוּלָה

—

—

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

--	--	--	--	--	--

2005

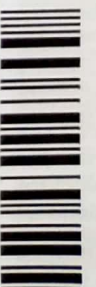
1111

a pagar em meu nome e

2

10/20/20

9



439608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/2012

4-Data de Autorização
16/11/2012

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8139644

7-Data Validade da Seria
11/11/2013

8-Plano

9-Número da Carteira
01012025311754000017021

10-Empresa
POS REDE PRESTADORA

11-Telefone
()

12-Data Validade da Carteira
11/11/11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Nome
SEBASTIAO DE SOUZA

15-Data de Realização
20/01/1956

16-Nome do Contratado Executante
CARLA LETICIA FILIPIN

17-Data de Realização
20/01/1956

18-Data Validade da Seria
20/01/1956

19-Nome do titular do plano
ADRIANA CRISTINA BENDER

20-Número do Cartão Nacional de Saúde

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08312324984

22-Nome do Contratado Executante
CARLA LETICIA FILIPIN

23-Número no CBO S
28021

24-Número no CBO S
28021

25-Código CNES
025 -

26-Data de Realização
Faturar Empresa

27-Nome do Profissional Executante
CARLA LETICIA FILIPIN

28-Data de Realização
20/01/1956

29-Data Validade da Seria
20/01/1956

30-Data Validade da Seria
20/01/1956

31-Data Validade da Seria
20/01/1956

32-Data Validade da Seria
20/01/1956

33-Data Validade da Seria
20/01/1956

34-Data Validade da Seria
20/01/1956

35-Data Validade da Seria
20/01/1956

36-Data Validade da Seria
20/01/1956

37-Data Validade da Seria
20/01/1956

38-Data Validade da Seria
20/01/1956

39-Data Validade da Seria
20/01/1956

40-Data Validade da Seria
20/01/1956

41-Data Validade da Seria
20/01/1956

42-Data Validade da Seria
20/01/1956

43-Data Validade da Seria
20/01/1956

44-Data Validade da Seria
20/01/1956

45-Data Validade da Seria
20/01/1956

46-Data Validade da Seria
20/01/1956

47-Data Validade da Seria
20/01/1956

48-Data Validade da Seria
20/01/1956

49-Data Validade da Seria
20/01/1956

50-Data Validade da Seria
20/01/1956

51-Data Validade da Seria
20/01/1956

52-Data Validade da Seria
20/01/1956

53-Data Validade da Seria
20/01/1956

54-Data Validade da Seria
20/01/1956

55-Data Validade da Seria
20/01/1956

56-Data Validade da Seria
20/01/1956

57-Data Validade da Seria
20/01/1956

58-Data Validade da Seria
20/01/1956

59-Data Validade da Seria
20/01/1956

60-Data Validade da Seria
20/01/1956

61-Data Validade da Seria
20/01/1956

62-Data Validade da Seria
20/01/1956

63-Data Validade da Seria
20/01/1956

64-Data Validade da Seria
20/01/1956

65-Data Validade da Seria
20/01/1956

66-Data Validade da Seria
20/01/1956

67-Data Validade da Seria
20/01/1956

68-Data Validade da Seria
20/01/1956

69-Data Validade da Seria
20/01/1956

70-Data Validade da Seria
20/01/1956

71-Data Validade da Seria
20/01/1956

72-Data Validade da Seria
20/01/1956

73-Data Validade da Seria
20/01/1956

74-Data Validade da Seria
20/01/1956

75-Data Validade da Seria
20/01/1956

76-Data Validade da Seria
20/01/1956

77-Data Validade da Seria
20/01/1956

78-Data Validade da Seria
20/01/1956

79-Data Validade da Seria
20/01/1956

80-Data Validade da Seria
20/01/1956

81-Data Validade da Seria
20/01/1956

82-Data Validade da Seria
20/01/1956

83-Data Validade da Seria
20/01/1956

84-Data Validade da Seria
20/01/1956

85-Data Validade da Seria
20/01/1956

86-Data Validade da Seria
20/01/1956

87-Data Validade da Seria
20/01/1956

88-Data Validade da Seria
20/01/1956

89-Data Validade da Seria
20/01/1956

90-Data Validade da Seria
20/01/1956

91-Data Validade da Seria
20/01/1956

92-Data Validade da Seria
20/01/1956

93-Data Validade da Seria
20/01/1956

94-Data Validade da Seria
20/01/1956

95-Data Validade da Seria
20/01/1956

96-Data Validade da Seria
20/01/1956

97-Data Validade da Seria
20/01/1956

98-Data Validade da Seria
20/01/1956

99-Data Validade da Seria
20/01/1956

100-Data Validade da Seria
20/01/1956

101-Data Validade da Seria
20/01/1956

102-Data Validade da Seria
20/01/1956

103-Data Validade da Seria
20/01/1956

104-Data Validade da Seria
20/01/1956

105-Data Validade da Seria
20/01/1956

106-Data Validade da Seria
20/01/1956

107-Data Validade da Seria
20/01/1956

108-Data Validade da Seria
20/01/1956

109-Data Validade da Seria
20/01/1956

110-Data Validade da Seria
20/01/1956

111-Data Validade da Seria
20/01/1956

112-Data Validade da Seria
20/01/1956

113-Data Validade da Seria
20/01/1956

114-Data Validade da Seria
20/01/1956

115-Data Validade da Seria
20/01/1956

116-Data Validade da Seria
20/01/1956

117-Data Validade da Seria
20/01/1956

118-Data Validade da Seria
20/01/1956

119-Data Validade da Seria
20/01/1956

120-Data Validade da Seria
20/01/1956

121-Data Validade da Seria
20/01/1956

122-Data Validade da Seria
20/01/1956

123-Data Validade da Seria
20/01/1956

124-Data Validade da Seria
20/01/1956

125-Data Validade da Seria
20/01/1956

126-Data Validade da Seria
20/01/1956

127-Data Validade da Seria
20/01/1956

128-Data Validade da Seria
20/01/1956

129-Data Validade da Seria
20/01/1956

130-Data Validade da Seria
20/01/1956

131-Data Validade da Seria
20/01/1956

132-Data Validade da Seria
20/01/1956

133-Data Validade da Seria
20/01/1956

134-Data Validade da Seria
20/01/1956

135-Data Validade da Seria
20/01/1956

136-Data Validade da Seria
20/01/1956

137-Data Validade da Seria
20/01/1956

138-Data Validade da Seria
20/01/1956

139-Data Validade da Seria
20/01/1956

140-Data Validade da Seria
20/01/1956

141-Data Validade da Seria
20/01/1956

142-Data Validade da Seria
20/01/1956

143-Data Validade da Seria
20/01/1956

144-Data Validade da Seria
20/01/1956

145-Data Validade da Seria
20/01/1956

146-Data Validade da Seria
20/01/1956

147-Data Validade da Seria
20/01/1956

148-Data Validade da Seria
20/01/1956

149-Data Validade da Seria
20/01/1956

150-Data Validade da Seria
20/01/1956

151-Data Validade da Seria
20/01/1956

152-Data Validade da Seria
20/01/1956

153-Data Validade da Seria
20/01/1956

154-Data Validade da Seria
20/01/1956

155-Data Validade da Seria
20/01/1956

156-Data Validade da Seria
20/01/1956

157-Data Validade da Seria
20/01/1956

158-Data Validade da Seria
20/01/1956

159-Data Validade da Seria
20/01/1956

160-Data Validade da Seria
20/01/1956

161-Data Validade da Seria
20/01/1956

162-Data Validade da Seria
20/01/1956

163-Data Validade da Seria
20/01/1956

164-Data Validade da Seria
20/01/1956

165-Data Validade da Seria
20/01/1956

166-Data Validade da Seria
20/01/1956

167-Data Validade da Seria
20/01/1956

168-Data Validade da Seria
20/01/1956

169-Data Validade da Seria
20/01/1956

170-Data Validade da Seria
20/01/1956

171-Data Validade da Seria
20/01/1956

172-Data Validade da Seria
20/01/1956

173-Data Validade da Seria
20/01/1956

174-Data Validade da Seria
20/01/1956

175-Data Validade da Seria
20/01/1956

176-Data Validade da Seria
20/01/1956

177-Data Validade da Seria
20/01/1956

178-Data Validade da Seria
20/01/1956

179-Data Validade da Seria
20/01/1956

180-Data Validade da Seria
20/01/1956

181-Data Validade da Seria
20/01/1956

182-Data Validade da Seria
20/01/1956

183-Data Validade da Seria
20/01/1956

184-Data Validade da Seria
20/01/1956

185-Data Validade da Seria
20/01/1956

186-Data Validade da Seria
20/01/1956

187-Data Validade da Seria
20/01/1956

188-Data Validade da Seria
20/01/1956

189-Data Validade da Seria
20/01/1956

190-Data Validade da Seria
20/01/1956

191-Data Validade da Seria
20/01/1956

192-Data Validade da Seria
20/01/1956

193-Data Validade da Seria
20/01/1956

194-Data Validade da Seria
20/01/1956

195-Data Validade da Seria
20/01/1956

196-Data Validade da Seria
20/01/1956

197-Data Validade da Seria
20/01/1956

198-Data Validade da Seria
20/01/1956

199-Data Validade da Seria
20/01/1956

200-Data Validade da Seria
20/01/1956

201-Data Validade da Seria
20/01/1956

202-Data Validade da Seria
20/01/1956

203-Data Validade da Seria
20/01/1956

204-Data Validade da Seria
20/01/1956

205-Data Validade da Seria
20/01/1956

206-Data Validade da Seria
20/01/1956

207-Data Validade da Seria
20/01/1956

208-Data Validade da Seria
20/01/1956

209-Data Validade da Seria
20/01/1956

210-Data Validade da Seria
20/01/1956

211-Data Validade da Seria
20/01/1956

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



438955
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011 4-Data de Autorização 16/11/2011 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8136929 7-Data Validade da Série 11/11/2013 12-1

8-Número da Carteira 1002102125311175410001571011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 11/11/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSANE DA SILVA MIORANDO 14-Telefone 20111976 15-Nome do Titular do plano ROSANE DA SILVA MIORANDO

16-Endereço a fim 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPPIN 18-Número no CRO 28021 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08312324984 22-Nome do Contratado Excedente CARLA LETICIA FILIPPIN 23-Número no CRO 28021 24-UF PR 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Excedente CARLA LETICIA FILIPPIN 27-Número no CRO 28021 28-UF PR 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	085100201	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00	5125001121	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
2-1												
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 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/10/11, Curitiba, PR, 28021, Dr. Carla L. Filippin

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/10/11, Curitiba, PR, 28021, Rosane da Silva Miorando

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/10/11, Curitiba, PR, 28021, Rosane da Silva Miorando

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/10/11, Curitiba, PR, 28021, Rosane da Silva Miorando

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



439134
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012		4-Data de Autoproteção 16/11/2012		5-Sereta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8137798		7-Data Validade da Sereta 11/11/2013	
8-Número de Carteira 002020253117540001517031		9-Filho POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ANANDA RUBIELY MIORANDO											
14-Endereço do Contato Previamente pelo Tratamento 10/04/2006											
15-Endereço e RN CARLA LETICIA FILIPIN											
16-Endereço do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN											
17-Código na Operação / CNPJ / CPF 083123249814											
18-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
19-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
20-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
21-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
22-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
23-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
24-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
25-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
26-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
27-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
28-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
29-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
30-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
31-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
32-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
33-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
34-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
35-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
36-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
37-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
38-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
39-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
40-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
41-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
42-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
43-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
44-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
45-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
46-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
47-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
48-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
49-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
50-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
51-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
52-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
53-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
54-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
55-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
56-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
57-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
58-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
59-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
60-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
61-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
62-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
63-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
64-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
65-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
66-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
67-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
68-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
69-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
70-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
71-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
72-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
73-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
74-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
75-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
76-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
77-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
78-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
79-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
80-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
81-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
82-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
83-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
84-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
85-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
86-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
87-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
88-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
89-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
90-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
91-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
92-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
93-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
94-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
95-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
96-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
97-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
98-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
99-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											
100-Endereço do Profissional Examinante CARLA LETICIA FILIPIN											

Declaram, 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 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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

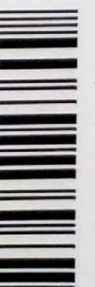
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 4-Data de Autorização 11/11/12 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8131587

7-Data Validade da Sentença 10/08/13 436410 INTERCÂMBIO

8-Atendimento da Carteira 000202531175400001170021 9-Fruto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SEBASTIAO DE SOUZA

20/01/1956

ADRIANA CRISTINA BENDER

16-Atendimento a RPN N

17-4-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN

18-Número no CRO 28021

19-UF PR

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 0083112324984

22-Nome do Contratado Executante CARLA LETICIA FILIPIN

23-Número no CRO 28021

24-UF PR

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante CARLA LETICIA FILIPIN

27-Número no CRO 28021

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fruto	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
6-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			11/11/11		Carla Letícia Filipin
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/01/11	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 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / 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) 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

Dra. Carla Letícia Filipin

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11

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

53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11

54-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11

Carla Letícia Filipin
CRO - PR 28021

244

441761
INTERCÂMBIO[illegible][illegible]

43-Data Provento / Semestre do Tratamento 25/10/2011	44-1-Item do Tratamento 1-1-1-Tratamento Oncológico	45-Item do Tratamento 2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Multidisciplina
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s) é (são) essencial(ais) ao meu, e por mim assistido(a), follow-up (seguimento) 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 em tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.				
46-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1.741,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

54- Função, local e Assinatura do(a) Representante da Empresa
 02/01/2012
 CRO - RJ 266374
 Dra. Carla Filippi

55- Função, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 02/01/2012
 CRO - RJ 266374
 Dra. Carla Filippi

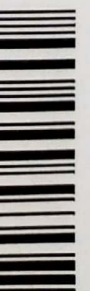
56- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 02/01/2012
 CRO - RJ 266374
 Dra. Carla Filippi

57- Data, local e Carimbo da Empresa
 02/01/2012
 CRO - RJ 266374
 Dra. Carla Filippi

Anderson E. M. Shugh
Leland

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



448445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/6/10 11/2/11 4-Data de Autenticação 11/1/10 11/2/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8174910 7-Data Validação da Senha 10/6/10 11/2/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/10/2/5/3/3/5/4/0/2/0/0/0/0/1/0/2/2

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CLAUDETE TERRES RODRIGUES

11-Data Validação da Carteira 11/1/10 11/1/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ENIO GUILHERME BORGES

11/05/1994

14-1 Telefone

15-Nome do titular do plano CLAUDETE TERRES RODRIGUES BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento e RN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN

18-Número no CRO 28021

19-UF PR

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08/3/1/2/3/2/4/9/8/4/1/1

22-Nome do Contratado Executante CARLA LETICIA FILIPIN

23-Número no CRO 28021

24-UF PR

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante CARLA LETICIA FILIPIN

27-Número no CRO 28021

28-UF PR

29-Código CBO S

(1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3	4,00					
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00					
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00					
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00					
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00					
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6	1,00					
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1		1	2,00					
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 3 5 7 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 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 prestadora 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-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário: ENIO GUILHERME BORGES 51-Cidade, local e Assinatura do Contratado-Responsável: CARLA LETICIA FILIPIN 52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: ENIO GUILHERME BORGES 53-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: CARLA LETICIA FILIPIN

54-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: ENIO GUILHERME BORGES 55-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: CARLA LETICIA FILIPIN

56-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: ENIO GUILHERME BORGES 57-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: CARLA LETICIA FILIPIN

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



448810
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Dado de Emissão de Guia 10/7/10 11/2/11 4-Data de Autenticação 11/1/01 11/2/11 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8176382 7-Data Validada da Serina 10/7/10 11/2/11

8-Número da Carteira 10/02/10 12/53/11 17/54/10 00/52/20 8 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validada da Carteira 11/1/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IAN GABRIEL VOLKMER CORREA DA CRUZ 26/03/2014 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SILVIA MOREIRA CORREA DA CRUZ

16-Atendimento a RPN 17-Nome do Profissional Solicitante CARLA LETICIA FILIPIN 18-Número no CRO 28021 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ/CNP) 08312324984 22-Nome do Contratado Excepcional CARLA LETICIA FILIPIN 23-Número no CRO 28021 24-UF PR 25-Código CNES 26-UF PR 27-Número no CRO 28021 28-UF PR 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Excepcional CARLA LETICIA FILIPIN 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-Dentista/Raio 34-Fraco 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Raio	34-Fraco	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	1810000130	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34,00	0,00			25/01/21		
2-00	184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			11	72,00	0,00			25/01/21		
3-00	184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		11	49,00	0,00			25/01/21		
4-00	184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		11	49,00	0,00			25/01/21		
5-00	184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		11	49,00	0,00			25/01/21		
6-00	184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		11	49,00	0,00			25/01/21		
7-00	185100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	0	11	61,00	0,00			25/01/21		
8-00	185100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	0	11	61,00	0,00			25/01/21		
9-00	185100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	0	11	61,00	0,00			25/01/21		
10-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	11	61,00	0,00			25/01/21		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Finalizada 11/01/11 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo do Tratamento 1 46-Tipo de Faturamento 1 47-Valor Total R\$ 546,00 48-Total Franquia - Co-participação R\$

Odentolife, para após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, compondo-o com o valor de R\$ 546,00 (quinhentos e quarenta e seis reais) e por meio assinado(s), autoriza a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-o com os custos conforme previsto em contrato.

49-Considerações

Dr. Carla L. Filipin

50-Data, Local e Assinatura do Conselho Federal de Odontologia 25/01/11 51-Data, Local e Assinatura do Conselho Dentista 25/01/11 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/11 53-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11

54-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 55-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 56-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 57-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 58-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 59-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11 60-Data, Local e Assinatura da Empresa 25/01/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 19/10/2017

4-Data de Autorização 20/10/2017

5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8208111

7-Data Validade da Sentença 19/10/2017

456642 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202531175400052206

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LIVIA EDUARDA VOLKMER CORREA DA CRUZ

29/01/2017

14-Telefone ()

15-Nome do titular do plano SILVIA MOREIRA CORREA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN CARLA LETICIA FILIPPIN

22-Nome do Contratado Executante CARLA LETICIA FILIPPIN

18-Número no CRO 28021

23-Número no CRO 28021

19-LUF PR

24-LUF PR

20-Código CBO S

25-Código CNES

025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante CARLA LETICIA FILIPPIN

27-Número no CRO 28021

28-LUF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3	4,00			25/01/21		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00			25/01/21		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00			25/01/21		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00			25/01/21		
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5,00			25/01/21		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Pessoais Termo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1174,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Contratado

51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dados, local e Assinatura da Empresa

54-Dados, local e Assinatura da Empresa

55-Dados, local e Assinatura da Empresa

56-Dados, local e Assinatura da Empresa

57-Dados, local e Assinatura da Empresa