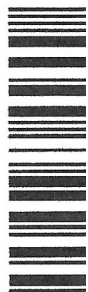




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 5/12 0	4-Data de Autorização 1/6/10 6/12 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7697582	7-Data Validade da Senha 12/5/10 8/12 0
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

317184

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00201250938720010229011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HOESPASSOACIAO BENEFICIENTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANA PRUDENTE MARTINS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIANA PRUDENTE MARTINS
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S
------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 02933618940	22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	23-Número no CRO 13837	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	27-Número no CRO 13837	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade de US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
2-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
3-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
4-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
5-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
6-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
7-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			16/06/20		Juliana
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/06/20	44-Tipo de Aliamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 427,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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

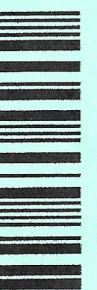
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 Juliana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Márcio Cristiano Freitas
Cirurgião Dentista - CRO - PR 13.237
Especialista em Endodontia



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315379

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/01/05/12/01	4-Dia de Autorização 12/01/05/12/01	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7580694	7-Dia Validade da Semana 18/01/08/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529630800001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome SIRLEI TEREZINHA PALUDO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano SIRLEI TEREZINHA PALUDO
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940	22-Nome do Contratado, Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	23-Número no CRO 13837	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	27-Número no CRO 13837	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00			12/05/20		Sirlei
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00			12/05/20		Sirlei
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00			12/05/20		Sirlei
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00			12/05/20		Sirlei
5-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	45	1		73,00	0,00			12/05/20		Sirlei
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/05/20	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 213,00	47-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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/20	53-Data, local e Cuidado da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

1-Registro ANS 406474	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Semana AUTORIZADO	7620188	06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------	----------

Dados do Beneficiário

0	0	2	0	2	5	3	0	1	1	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1
BANQUEIRO DE CARTEIRA																			
POS REDE PRESTADORA																			
DENTAL UNI COOPERATIVA																			
15-NOME DO TITULAR DO PLANO																			
/ /																			

13-Nome		14-Telefone	
EUCLIDES BEIRA MAGALHAES	03/06/1952	() -	EUCLIDES BEIRA MAGALHAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		
N	13837	PR	
	02- Número do CBO	124-U.F	25- Código CNES
			Fatura Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF													
0	2	9	3	3	6	1	8	9	4	0			
22-Nome do Contratado Executante													
MARCIO CRISTIANO FREITAG													
Assinatura em CNV													
13837													
PR													
Assinatura em CBO S													

26-Nome do Profissional Exatante	27-Número no CRO	28-UF	29-Data de Emissão
MARCIO CRISTIANO FREITAG	13837	PR	20/09/2016

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

32-Descrição

33-Dente/Região

100

00-0000

0-267189

2

—

000

[illegible]

3

0061

0
X
C
m
e
t
r
i
c

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-7 tipo de Atendimento	45- tipo de Tratamento	46- 7 local 2-Parcial	47- 7 local 2-Parcial	48- 7 local 2-Parcial	49- 7 local 2-Parcial	50- 7 local 2-Parcial	51- 7 local 2-Parcial	52- 7 local 2-Parcial	53- 7 local 2-Parcial	54- 7 local 2-Parcial	55- 7 local 2-Parcial	56- 7 local 2-Parcial	57- 7 local 2-Parcial	58- 7 local 2-Parcial	59- 7 local 2-Parcial	60- 7 local 2-Parcial	61- 7 local 2-Parcial	62- 7 local 2-Parcial	63- 7 local 2-Parcial	64- 7 local 2-Parcial	65- 7 local 2-Parcial	66- 7 local 2-Parcial	67- 7 local 2-Parcial	68- 7 local 2-Parcial	69- 7 local 2-Parcial	70- 7 local 2-Parcial	71- 7 local 2-Parcial	72- 7 local 2-Parcial	73- 7 local 2-Parcial	74- 7 local 2-Parcial	75- 7 local 2-Parcial	76- 7 local 2-Parcial	77- 7 local 2-Parcial	78- 7 local 2-Parcial	79- 7 local 2-Parcial	80- 7 local 2-Parcial	81- 7 local 2-Parcial	82- 7 local 2-Parcial	83- 7 local 2-Parcial	84- 7 local 2-Parcial	85- 7 local 2-Parcial	86- 7 local 2-Parcial	87- 7 local 2-Parcial	88- 7 local 2-Parcial	89- 7 local 2-Parcial	90- 7 local 2-Parcial	91- 7 local 2-Parcial	92- 7 local 2-Parcial	93- 7 local 2-Parcial	94- 7 local 2-Parcial	95- 7 local 2-Parcial	96- 7 local 2-Parcial	97- 7 local 2-Parcial	98- 7 local 2-Parcial	99- 7 local 2-Parcial	100- 7 local 2-Parcial
--	--------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, confotirme acima apresentados, aceito o 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/06/2010	10/06/2010	10/06/2010	
		Erica dos Santos	

Handwritten signature and date: 12/12/12



320521

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/04/2016		4-Data de Autorização 11/07/2016		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7613584		7-Data Validade da Sentença 10/12/2019	
8-Número da Carteira 0002025221234000000105		9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JULIANA CRISTINA WEIRICH DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome RAPHAEL BENITES PINTO		23/04/1988		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano JULIANA CRISTINA WEIRICH DE SOUZA					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		18-Número no CRO 13837		19-UF PR		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNEJ / CPF 0029133618940		22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		23-Número no CRO 13837		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		27-Número no CRO 13837		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/06/2016		X Raphael
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/06/2016		X Raphael
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/06/2016		X Raphael
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/06/2016		X Raphael
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/06/2016		X Raphael
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/06/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/06/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/06/12/01 X Raphael Benites	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/05	4-Data de Autorização 26/11/05	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7590608	7-Data Validade da Sentença 24/10/08
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
9-Nome ANGELO MICHEL LOPES SOPRANI			10-Empresa MARIA JOSE DA SILVA		
13-Data de Contrato Responsável pelo Tratamento 14/01/1984			11-Data Validade da Carteira 15-Nome do titular do plano MARIA JOSE DA SILVA		
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG			18-Número no CRO 13837		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940			22-Nome do Contratado, Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		
25-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG			23-Número no CRO 13837		
26-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG			27-Número no CRO 13837		
28-UF PR			29-Código CBO S PR		
29-Código CBO S PR			30-Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
14-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo
15-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	26/05/20		Angelo

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/05/20	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/2020	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

319339

Faturar Empresa

45

os custos previstos em
o documento, os valores

53-Data: local e Carimbo da Empresa



320292

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/03/2016		4-Data de Autorização 10/04/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7612397		7-Data Validade da Senha 10/11/2019	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00020252981190000010021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome EDUARDA CHAGAS				28/02/2000				14-Teléfono () - - - - -			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		18-Número no CRCO 13837		19-UF PR		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNU / CPF 002933618940		23-Número no CRCO 13837		24-UF PR		25-Código CNES		26-Código CBO S		Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		27-Número no CRCO 13837		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
1.	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	73,00	0,00			10/06/20	Edwards
2.	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	73,00	0,00			10/06/20	Edwards
3.	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	73,00	0,00			10/06/20	Edwards
4.	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	73,00	0,00			10/06/20	Edwards
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/06/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 4-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 292,00		47-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 em contrato. Declaro, ainda que c/c(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-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa					

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



315381

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/12 01		4-Data de Autorização 12/01/05/12 01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7580697		7-Data Validada da Senha 11/08/01/08/12 01		
8-Número da Carteira 000202529627400000201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DU CAMPO COMERCIO E		11-Data Validada da Carteira 11/01/01/01/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome SIDNEI BREMM		13/09/1984		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SIDNEI BREMM						
Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento												
16-Adiantamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		18-Número no CRC 13837		19-UF PR		20-Código CBO S		Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / OPR 02933618940		22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		23-Número no CRC 13837		24-UF PR		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		27-Número no CRC 13837		28-UF PR		29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			12/05/12		Sidnei
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			12/05/12		Sidnei
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			12/05/12		Sidnei
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			12/05/12		Sidnei
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27 M	1	1	61,00	0,00			12/05/12		Sidnei
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37 O	1	1	61,00	0,00			12/05/12		Sidnei
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47 O	1	1	61,00	0,00			12/05/12		Sidnei
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/05/12		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 323,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/12												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/12												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/12 Sidnei												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

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/c) 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.

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



314181

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização 22/05/20	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7569387	7-Data Validade da Sentia 16/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252669940000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome VINÍCIOS APARECIDO ARAUJO	14-Telefone () 98014356	15-Nome do titular do plano EUNICE APARECIDA DOMINGUES
--------------------------------------	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
02933618940

22-Nome do Contratado Executante
MARCIO CRISTIANO FREITAG

23-Número no CRO
13837

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MARCIO CRISTIANO FREITAG

27-Número no CRO
13837

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1	00	81000065			1	34,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
2	00	84000198			1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
3	00	84000198			1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
4	00	84000198			1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
5	00	84000198			1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
6	00	84000198			1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicius
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/05/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316756

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2015 4-Data de Autorização 12/06/2015 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7590596 7-Data Validade da Sentia 12/04/2018

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00020252936420000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MARIA JOSE DA SILVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA CORREIA DE MELO SOPRANI

24/07/1991

14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARIA JOSE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG 18-Número no CRO 13837 19-UF PR 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNEP / CPF 22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG 23-Número no CRO 13837 24-UF PR 25-Código CNE S 26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG 27-Número no CRO 13837 28-UF PR 29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Rajão

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glória 42-Assinatura

1-000810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	00	0000		26,05,29		
2-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	00	0000		26,05,29		
3-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	00	0000		26,05,29		
4-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	00	0000		26,05,29		
5-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	00	0000		26,05,29		
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

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-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 174,00 47-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 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, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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