



Parâmetros para o(a) SPM

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



500768
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2013	4-Data de Autorização 11/07/2013	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8392534	7-Data Validade da Sentença 11/04/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202536388900010101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Plano 11/07/2013	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANGELO BONFIM	19/07/1970	14-Relação () 990716495	15-Nome do titular do plano FERNANDO BONFIM DE MOURA
--------------------------	------------	-----------------------------	---

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	18-Número no CRO 25141	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0192126359914	22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	23-Número no CRO 25141	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	27-Número no CRO 25141	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
2-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
3-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
4-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
5-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
6-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
7-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
8-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
9-	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
10	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
11	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
12	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
13	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
14	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
15	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/07/2013	1	ANGELO
43-Data Prestação Termino do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência									
11/11/11		1										
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\$												

Declaração, 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 Societário

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



505535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/12/10 13/12/11	4-Dia de Autorização 12/13/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8408935	7-Dia Validade da Senha 12/10/10 16/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Nome da Carteira 10 0 2 10 2 5 3 6 3 8 8 9 0 0 0 0 1 0 2 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome ANGELO BONFIM	19/07/1970				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Teléfono () 9 9 10 7 16 4 9 15	15-Nome do titular do plano FERNANDO BONFIM DE MOURA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 9 12 12 16 13 5 19 14	23-Número no CBO 25141				
25-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	27-Número no CBO 25141				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US
1- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	17 3 10 0	0 10 0 1
2- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	17 3 10 0	0 10 0 1
3- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	17 3 10 0	0 10 0 1
4- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	13	1	17 3 10 0	0 10 0 1
5- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	14	1	17 3 10 0	0 10 0 1
6- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
7- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
8- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
9- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
10- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
11- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
12- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
13- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
14- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
15- 0 0 18 2 0 0 0 8 7 5					
43-Dia Prescrição Termino do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Atendimento					
47-Tipo de Atendimento					
48-Tipo de Atendimento					
49-Tipo de Atendimento					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (CBO) Cirurgião-Dentista					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Dia, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



491420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/10 3/12/11	4-Data de Autorização 11/2/10 3/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357563	7-Data Vistada da Guia 10/12/10 6/12/11
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002202502683600677403	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGRINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCIO HENRIQUE CAVALHEIRO DE ASSIS	28/09/2005	14-Telefone (11) 1010101010101010	15-Nome do titular do plano MARCIO LUIZ DE ASSIS DOS SANTOS
--	------------	--------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	18-Número no CRO 25141	19-UF PR	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora (CNO) / CPF 1091226635994	22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	23-Número no CRO 25141	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	27-Número no CRO 25141	28-UF PR	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fluxo	35- CNO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- AUI	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	1081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	marcio
2-0	1084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	marcio
3-0	1084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	marcio
4-0	1084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	marcio
5-0	1084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	marcio
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação	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 Assinatura do Médico	54-Data, local e Assinatura do Médico	55-Data, local e Assinatura do Médico

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, 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 Assinatura do Médico	54-Data, local e Assinatura do Médico	55-Data, local e Assinatura do Médico
---	---	---	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

2-N^a501933
INTERCÂMBIO

Ministério da Saúde

ar Empresa40 Data de Realização

11/5/18

3/11/2019

Sum 2/11/03 1/1

3. A 2003 study by the U.S. Environmental Protection Agency (EPA) found that the average person in the United States consumes about 1.5 pounds of food waste per year.

三

—

1101010111

orientações do profissional assistente

o caminho da empresa



2-N

498384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 11/3/0013/1/211		4-Dia de Autenticação 11/6/0013/1/211		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8384214		7-Dia Validade da Santa 11/1/0016/1/211		498384 INTERCAMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 0010210253539912010010101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 11/1/0013/1/211		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome LEANDRO ARAUJO SCHUH																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Alimentação a RIM N		17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		18-Número no CRO 25141		19-UF PR		20-Código CRO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 009212616351991411		22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		23-Número no CRO 25141		24-UF PR		25-Código CNES 025141		26-Código CRO S 25141													
26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO																							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-1-Label 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-CMD		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Dia de Realização		41-Motivo da Gesso		42-Assinatura	
1-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		33 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
2-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		34 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
3-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		35 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
4-0101851101020101		RESTAURAÇÃO RESINA		25 MO		11		11		81810101		010101		1111611101311									
5-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		44 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
6-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		45 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
7-0101851101019161		RESTAURAÇÃO RESINA		16 V		11		11		6110101		010101		1111611101311									
8-1111111111111111																							
9-1111111111111111																							
10-1111111111111111																							
11-1111111111111111																							
12-1111111111111111																							
13-1111111111111111																							
14-1111111111111111																							
15-1111111111111111																							
43-Dia Previsão Término do Tratamento 11/1/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 145410101		47-Valor Total R\$ 1010101		48-Total Franquia/Co-participação R\$													
49-Observação																							
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11		51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/6/1101311/211 CROIP		52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/6/1101311/211		53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		57-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		59-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		60-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11		61-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/11/11/11	

2-N⁺489492
INTERCÂMBIOZILDA SIQUEIRA GOMESFaturar Empresa

41-Motivo da Glosa 42-Asignatura

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 no contrato. Devidamente, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fui(l)hom 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

CRO52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



491989
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 10/15/10 13/12/11		4- Data de Autorização 10/16/10 13/12/11		5- Sentença AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 8359579		7- Data Validade da Sentença 10/13/10 16/12/11	
8- Número da Carteira		9- Fluno POS REDE PRESTADORA		10- Empresa COAMO AGRINDUSTRIAL		11- Data Validade da Carteira		12- Número do Cartão Nacional de Saúde			
13- Nome DANIEL TAMIKO MOROTA CARNEIRO		25/07/1984		14- Telefone () 3 12 5 12 1 12 8 6		15- Nome do titular do plano DANIEL SCREMIM CARNEIRO					
16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		18- Número no CRO 25141		19- UF PR		20- Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 2 2 6 6 3 5 9 9 1 4		22- Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		23- Número no CRO 25141		24- UF PR		25- Código CNES		26- Código CBO S	
27- Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		28- Número no CRO 25141		29- UF PR		30- Código CBO S					

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Domínio/Região	34- Fase	35- Cuid	36- Quantidade US	37- A/B/C	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	18 15 1 0 0 2 0 0	26	OP	1	8 8 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0
2- 1	1	RESTAURAÇÃO RESINA										
3- 1	1											
4- 1	1											
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43- Data Prescrição Termino do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 18 8 10 0	47- Valor Total R\$ 10 10 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 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
10/16/10 13/12/11
CRO/PR 25141

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (titular do plano)
10/16/10 13/12/11 X *Stenivaldo Carneiro*

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/16/10 13/12/11 X *Stenivaldo Carneiro*

53- Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS	3-Dia de Emissão da Guia	4-Dia de Autopromoção	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Dia Validade da Senha
406414	10/3/10 3/12/11	10/3/10 3/12/11	AUTORIZADO	8349652	10/1/10 6/12/11
Dados do Beneficiário					
489495					
INTERCÂMBIO					

[illegible]

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		18-Número no CBO	25141	19-UF	PR	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10 9 2 2 6 16 3 15 9 19 4		22-Nome do Contratado/Executante	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO		23-Número no CBO	25141	24-UF	PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO				27-Número no CBO	25141	28-UF	PR	29-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa										

[illegible]

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 atear com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atear com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solucionante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)	53-Data, local e Caimento da Empresa
11/11/11	10/3/10/3/11 Mina Carole 	10/3/10/3/12 A. X. N. M. 	11/11/11



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3. Data de Emissão da Guia: 10/3/10 3/1/21
 4. Data de Autorização: 10/3/10 3/1/21
 5. Sentença: AUTORIZADO
 6. Número da Guia Principal: 8352556
 7. Data Validade da Sentença: 10/1/10 6/1/21
 8. Número do Cartão Nacional de Saúde: 490177 INTERCÂMBIO

13 Nome	SOPHIA MARIA CORREIA SCHUH																						
14 Telefone	()																						
15 Nome do titular do cartão	LEANDRO ARAUJO SCHUH																						
16 Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																						
17 Rede	POS REDE PRESTADORA																						
18 Número da Carteira	0	0	1	2	1	0	2	5	3	5	3	9	1	2	0	1	0	0	1	1	0	2	1
19 Datas de vencimento																							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CPF		19-UF		20-Código CBO 5	
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		PR		025 -	
N		ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO				Faturar Empresa	
172-Nome do Contratado Executante		23-Número no CPF		24-UF		25-Código CNES	
				DD			

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	25141	PR	29 Código CBO S
10 9 2 1 2 6 6 3 5 9 9 4		27 Número no CBO	28 UF	
		25141	PR	

[illegible]

43-Dados Previstos - Termos do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação
☐ 1-1 ☐ 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 ☐ 16-1 ☐ 17-1 ☐ 18-1 ☐ 19-1 ☐ 20-1 ☐ 21-1 ☐ 22-1 ☐ 23-1 ☐ 24-1 ☐ 25-1 ☐ 26-1 ☐ 27-1 ☐ 28-1 ☐ 29-1 ☐ 30-1 ☐ 31-1 ☐ 32-1 ☐ 33-1 ☐ 34-1 ☐ 35-1 ☐ 36-1 ☐ 37-1 ☐ 38-1 ☐ 39-1 ☐ 40-1 ☐ 41-1 ☐ 42-1 ☐ 43-1 ☐ 44-1 ☐ 45-1 ☐ 46-1 ☐ 47-1 ☐ 48-1 ☐ 49-1 ☐ 50-1 ☐ 51-1 ☐ 52-1 ☐ 53-1 ☐ 54-1 ☐ 55-1 ☐ 56-1 ☐ 57-1 ☐ 58-1 ☐ 59-1 ☐ 60-1 ☐ 61-1 ☐ 62-1 ☐ 63-1 ☐ 64-1 ☐ 65-1 ☐ 66-1 ☐ 67-1 ☐ 68-1 ☐ 69-1 ☐ 70-1 ☐ 71-1 ☐ 72-1 ☐ 73-1 ☐ 74-1 ☐ 75-1 ☐ 76-1 ☐ 77-1 ☐ 78-1 ☐ 79-1 ☐ 80-1 ☐ 81-1 ☐ 82-1 ☐ 83-1 ☐ 84-1 ☐ 85-1 ☐ 86-1 ☐ 87-1 ☐ 88-1 ☐ 89-1 ☐ 90-1 ☐ 91-1 ☐ 92-1 ☐ 93-1 ☐ 94-1 ☐ 95-1 ☐ 96-1 ☐ 97-1 ☐ 98-1 ☐ 99-1 ☐ 100-1 ☐ 101-1 ☐ 102-1 ☐ 103-1 ☐ 104-1 ☐ 105-1 ☐ 106-1 ☐ 107-1 ☐ 108-1 ☐ 109-1 ☐ 110-1 ☐ 111-1 ☐ 112-1 ☐ 113-1 ☐ 114-1 ☐ 115-1 ☐ 116-1 ☐ 117-1 ☐ 118-1 ☐ 119-1 ☐ 120-1 ☐ 121-1 ☐ 122-1 ☐ 123-1 ☐ 124-1 ☐ 125-1 ☐ 126-1 ☐ 127-1 ☐ 128-1 ☐ 129-1 ☐ 130-1 ☐ 131-1 ☐ 132-1 ☐ 133-1 ☐ 134-1 ☐ 135-1 ☐ 136-1 ☐ 137-1 ☐ 138-1 ☐ 139-1 ☐ 140-1 ☐ 141-1 ☐ 142-1 ☐ 143-1 ☐ 144-1 ☐ 145-1 ☐ 146-1 ☐ 147-1 ☐ 148-1 ☐ 149-1 ☐ 150-1 ☐ 151-1 ☐ 152-1 ☐ 153-1 ☐ 154-1 ☐ 155-1 ☐ 156-1 ☐ 157-1 ☐ 158-1 ☐ 159-1 ☐ 160-1 ☐ 161-1 ☐ 162-1 ☐ 163-1 ☐ 164-1 ☐ 165-1 ☐ 166-1 ☐ 167-1 ☐ 168-1 ☐ 169-1 ☐ 170-1 ☐ 171-1 ☐ 172-1 ☐ 173-1 ☐ 174-1 ☐ 175-1 ☐ 176-1 ☐ 177-1 ☐ 178-1 ☐ 179-1 ☐ 180-1 ☐ 181-1 ☐ 182-1 ☐ 183-1 ☐ 184-1 ☐ 185-1 ☐ 186-1 ☐ 187-1 ☐ 188-1 ☐ 189-1 ☐ 190-1 ☐ 191-1 ☐ 192-1 ☐ 193-1 ☐ 194-1 ☐ 195-1 ☐ 196-1 ☐ 197-1 ☐ 198-1 ☐ 199-1 ☐ 200-1 ☐ 201-1 ☐ 202-1 ☐ 203-1 ☐ 204-1 ☐ 205-1 ☐ 206-1 ☐ 207-1 ☐ 208-1 ☐ 209-1 ☐ 210-1 ☐ 211-1 ☐ 212-1 ☐ 213-1 ☐ 214-1 ☐ 215-1 ☐ 216-1 ☐ 217-1 ☐ 218-1 ☐ 219-1 ☐ 220-1 ☐ 221-1 ☐ 222-1 ☐ 223-1 ☐ 224-1 ☐ 225-1 ☐ 226-1 ☐ 227-1 ☐ 228-1 ☐ 229-1 ☐ 230-1 ☐ 231-1 ☐ 232-1 ☐ 233-1 ☐ 234-1 ☐ 235-1 ☐ 236-1 ☐ 237-1 ☐ 238-1 ☐ 239-1 ☐ 240-1 ☐ 241-1 ☐ 242-1 ☐ 243-1 ☐ 244-1 ☐ 245-1 ☐ 246-1 ☐ 247-1 ☐ 248-1 ☐ 249-1 ☐ 250-1 ☐ 251-1 ☐ 252-1 ☐ 253-1 ☐ 254-1 ☐ 255-1 ☐ 256-1 ☐ 257-1 ☐ 258-1 ☐ 259-1 ☐ 260-1 ☐ 261-1 ☐ 262-1 ☐ 263-1 ☐ 264-1 ☐ 265-1 ☐ 266-1 ☐ 267-1 ☐ 268-1 ☐ 269-1 ☐ 270-1 ☐ 271-1 ☐ 272-1 ☐ 273-1 ☐ 274-1 ☐ 275-1 ☐ 276-1 ☐ 277-1 ☐ 278-1 ☐ 279-1 ☐ 280-1 ☐ 281-1 ☐ 282-1 ☐ 283-1 ☐ 284-1 ☐ 285-1 ☐ 286-1 ☐ 287-1 ☐ 288-1 ☐ 289-1 ☐ 290-1 ☐ 291-1 ☐ 292-1 ☐ 293-1					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



495199
INTERCAMBIO

Transmissão para o CNP

1- Registro ANS	2- Data de Emissão da Guia	3- Data de Autorização	4- Número da Guia Principal
406414	10/09/10 13/12/11	11/03/10 13/12/11	8371535

Dados do Beneficiário

5- Nome	6- Data de Nascimento	7- Data de Validade da Guia	8- Número do Cartão Nacional de Saúde
JEFFERSON LEDO MARINHO	21/06/1978	10/07/10 16/12/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

9- Nome do Profissional Solicitante	10- Nome do Contratado Executante	11- Data de Validade da Guia	12- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

13- Nome	14- Data de Nascimento	15- Data de Validade da Guia	16- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	21/06/1978	10/07/10 16/12/11	

Dados do Profissional Executante

17- Nome do Profissional Solicitante	18- Nome do Contratado Executante	19- Data de Validade da Guia	20- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

21- Código na Operadora / CNP / CPF	22- Nome do Contratado Executante	23- Nome do Cartão Nacional de Saúde	24- Data de Validade da Guia
10/09/12 16/13/15/19/14	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

25- Nome do Profissional Solicitante	26- Nome do Contratado Executante	27- Data de Validade da Guia	28- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

29- Nome do Profissional Solicitante	30- Nome do Contratado Executante	31- Data de Validade da Guia	32- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

33- Nome do Profissional Solicitante	34- Nome do Contratado Executante	35- Data de Validade da Guia	36- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

37- Nome do Profissional Solicitante	38- Nome do Contratado Executante	39- Data de Validade da Guia	40- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

41- Nome do Profissional Solicitante	42- Nome do Contratado Executante	43- Data de Validade da Guia	44- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

45- Nome do Profissional Solicitante	46- Nome do Contratado Executante	47- Data de Validade da Guia	48- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

49- Nome do Profissional Solicitante	50- Nome do Contratado Executante	51- Data de Validade da Guia	52- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

53- Nome do Profissional Solicitante	54- Nome do Contratado Executante	55- Data de Validade da Guia	56- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

57- Nome do Profissional Solicitante	58- Nome do Contratado Executante	59- Data de Validade da Guia	60- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

61- Nome do Profissional Solicitante	62- Nome do Contratado Executante	63- Data de Validade da Guia	64- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Executante

65- Nome do Profissional Solicitante	66- Nome do Contratado Executante	67- Data de Validade da Guia	68- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	

Dados do Profissional Solicitante

69- Nome do Profissional Solicitante	70- Nome do Contratado Executante	71- Data de Validade da Guia	72- Nome do Cartão Nacional de Saúde
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	11/03/10 13/12/11	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214



494017
INTERCAMBIO

313214000 para PSE 1471

1º Registro ANS
406414

3º Data de Emissão da Guia
10/08/2013

4º Data de Autorização
11/12/2013

5º Sessão
AUTORIZADO

6º Número da Guia Original
8366878

7º Data Validade da Sessão
01/06/2016

8º Número do Cartão Nacional de Saúde

9º Nome do Beneficiário

10º Nome da Carteira

11º Plano

12º POS REDE PRESTADORA

13º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

14º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

15º Número do Cartão Nacional de Saúde

16º Nome
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

17º Data de Emissão da Guia
26/10/1988

18º Sessão
AUTORIZADO

19º Número da Guia Original
8366878

20º Data Validade da Sessão
01/06/2016

21º Número do Cartão Nacional de Saúde

22º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

23º Nome da Carteira

24º Plano

25º POS REDE PRESTADORA

26º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

27º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

28º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

29º Nome da Carteira

30º Plano

31º POS REDE PRESTADORA

32º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

33º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

34º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

35º Nome da Carteira

36º Plano

37º POS REDE PRESTADORA

38º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

39º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

40º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

41º Nome da Carteira

42º Plano

43º POS REDE PRESTADORA

44º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

45º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

46º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

47º Nome da Carteira

48º Plano

49º POS REDE PRESTADORA

50º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

51º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

52º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

53º Nome da Carteira

54º Plano

55º POS REDE PRESTADORA

56º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

57º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

58º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

59º Nome da Carteira

60º Plano

61º POS REDE PRESTADORA

62º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

63º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

64º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

65º Nome da Carteira

66º Plano

67º POS REDE PRESTADORA

68º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

69º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

70º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

71º Nome da Carteira

72º Plano

73º POS REDE PRESTADORA

74º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

75º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

76º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

77º Nome da Carteira

78º Plano

79º POS REDE PRESTADORA

80º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

81º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

82º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

83º Nome da Carteira

84º Plano

85º POS REDE PRESTADORA

86º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

87º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

88º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

89º Nome da Carteira

90º Plano

91º POS REDE PRESTADORA

92º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

93º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

94º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

95º Nome da Carteira

96º Plano

97º POS REDE PRESTADORA

98º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

99º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

100º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

101º Nome da Carteira

102º Plano

103º POS REDE PRESTADORA

104º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

105º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

106º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

107º Nome da Carteira

108º Plano

109º POS REDE PRESTADORA

110º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

111º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

112º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

113º Nome da Carteira

114º Plano

115º POS REDE PRESTADORA

116º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

117º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

118º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

119º Nome da Carteira

120º Plano

121º POS REDE PRESTADORA

122º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

123º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

124º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

125º Nome da Carteira

126º Plano

127º POS REDE PRESTADORA

128º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

129º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

130º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

131º Nome da Carteira

132º Plano

133º POS REDE PRESTADORA

134º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

135º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

136º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

137º Nome da Carteira

138º Plano

139º POS REDE PRESTADORA

140º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

141º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

142º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

143º Nome da Carteira

144º Plano

145º POS REDE PRESTADORA

146º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

147º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

148º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

149º Nome da Carteira

150º Plano

151º POS REDE PRESTADORA

152º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

153º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

154º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

155º Nome da Carteira

156º Plano

157º POS REDE PRESTADORA

158º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

159º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

160º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

161º Nome da Carteira

162º Plano

163º POS REDE PRESTADORA

164º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

165º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

166º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

167º Nome da Carteira

168º Plano

169º POS REDE PRESTADORA

170º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

171º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

172º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

173º Nome da Carteira

174º Plano

175º POS REDE PRESTADORA

176º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

177º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

178º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

179º Nome da Carteira

180º Plano

181º POS REDE PRESTADORA

182º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

183º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

184º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

185º Nome da Carteira

186º Plano

187º POS REDE PRESTADORA

188º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

189º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

190º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

191º Nome da Carteira

192º Plano

193º POS REDE PRESTADORA

194º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

195º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

196º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

197º Nome da Carteira

198º Plano

199º POS REDE PRESTADORA

200º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

201º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

202º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

203º Nome da Carteira

204º Plano

205º POS REDE PRESTADORA

206º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

207º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

208º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

209º Nome da Carteira

210º Plano

211º POS REDE PRESTADORA

212º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

213º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

214º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

215º Nome da Carteira

216º Plano

217º POS REDE PRESTADORA

218º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

219º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

220º Nome do Beneficiário
ANNA CAROLYNE DIAS CAEDO

221º Nome da Carteira

222º Plano

223º POS REDE PRESTADORA

224º Empresa
COMO AGROINDUSTRIAL

225º Nome do titular do plano
VALDEIR GOMES DE OLIVEIRA

2-N^o

[Signature]
CRO/PR/2014

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200



1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão de Guia 10/9/10 13/12/11	4- Data de Autorização 11/3/10 13/12/11	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8371537	7- Data Vencida da Sentença 10/7/10 16/12/11
---------------------------	--	--	----------------------------------	--	---

8 Número da Carteira	000202510949700000102
9 Filio	POS REDE PRESTADORA
10 Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11 Data Validade da Carteira	/ /
12 Número do Cartão	

13 Nome	18/11/1978	14 Telefone	15 Nome do titular do plano
LILIAN MARIA DORIGON		() -	ALMIR BERVEGLIERI

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RH	17-Nome do Profissional Solicitante
N	ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO
18-Número do CRO	
	25141
19-UF	20-Código CBO S
PR	
025 -	
Faturar Empresa	

21-Código na Operação / CNPJ - CPF	109226635994
22-Nome do Contratado, Executante	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO
23-Número no CNIO	25141
24-UF	PR
25-Código UNICIS	

26-Nome do Profissional Executante	27-Inscrição no CBO	28-Profissão	29-Grupos de Trabalho
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	25141	PR	

FATO DE IDENTIFICAÇÃO / PRODUTOS E SERVIÇOS	
30-1. Título	31- Código do Procedimento
32- Descrição	33- Densidade Regiões
34- Faixa	35- Old
36- Quantidade US	37- Valor
38- Franquia/Capacidade R\$	39- Anu
40- Data	

1.					
2.					

3. 

2. 

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

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

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Faturamento

☐ 1-Toda 2-Parcial

46-Total Cobrança US

1731010

47-Taxa Cobrança US

0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo o recebimento de tratamento, conforme procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43. Özet/Summary

[illegible]

CR01P/25141





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



491996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 13/12/11	4-Data de Autenticação 10/06/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8359583	7-Data Validade da Senha 10/03/10 16/12/11
8-Numero da Carteira 10/02/10 12/05/11 16/08/10 10/01/13 14/01/11		9-Patrimônio POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 11/08/1980	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA RAMOS					
14-Endereço Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
15-Telefone (11) 1111-1111					
16-CPF 123.456.789-10					
17-Data de Nascimento 11/08/1980					
18-Profissão Dentista					
19-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
20-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/09/2012 16/03/15 19/04/11					
22-Nome do Contratado Exatidão ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO					
23-CPF 25141					
24-Data de Nascimento 11/08/1980					
25-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
26-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
27-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
28-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
29-Código CBO S 25141					
30-Código CBO S 25141					
31-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
32-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
33-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
34-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
35-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
36-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
37-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
38-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
39-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
40-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
41-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
42-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
43-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
44-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
45-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
46-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
47-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
48-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
49-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
50-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
51-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
52-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
53-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
54-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
55-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
56-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
57-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
58-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
59-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
60-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
61-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
62-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
63-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
64-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
65-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
66-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
67-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
68-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
69-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
70-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
71-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
72-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
73-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
74-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
75-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
76-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
77-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
78-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
79-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
80-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
81-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
82-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
83-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
84-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
85-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
86-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
87-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
88-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
89-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
90-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
91-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
92-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
93-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
94-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
95-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
96-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
97-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
98-Telefone Profissional (11) 1111-1111					
99-Endereço Profissional Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP					
100-Telefone Profissional (11) 1111-1111					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



501775
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414 3ª Data de Emissão da Guia 17/10/2013 4ª Data de Autorização 12/7/10 3/12/11 5ª Sentença AUTORIZADO 6º Número da Guia Principal 8396230 7ª Data Validade da Sentença 15/10/16 1/12/11

8º Número da Carteira 10020253529890000001011 9º Plano POS REDE PRESTADORA 10ª Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11ª Data Validade da Carteira 17/10/16 1/12/11 12ª Número do Cartão Nacional de Saúde

13ª Nome ELIANE CRISTINE CORREIA 04/05/1984 14ª Telefone () 15ª Nome do titular do plano ELIANE CRISTINE CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16ª Atendimento a PR 17ª Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 18ª Número no CRO 25141 19ª UF PR 20ª Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21ª Código na Operadora / CNPJ / CPF 109226351994 22ª Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 23ª Número no CRO 25141 24ª UF PR 25ª Código CNES 0185100218 Enviar - RX

26ª Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 27ª Número no CRO 25141 28ª UF PR 29ª Código CBO S

30ª Tabela	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Dente/Região	34ª Face	35ª Qtd	36ª Quantidade US	37ª Valor	38ª Franquia/Co-participação R\$	39ª Aut	40ª Data de Realização	41ª Motivo da Guia	42ª Assinatura
1-0	0851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	122,00	10,00			15/10/13		ELIANE
2-0												
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43ª Data Fim do Tratamento 44ª Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urologia 5- Ginecologia 45ª Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46ª Total Quantidade US 1122,00 47ª Valor Total R\$ 10,00 48ª Total Franquia / Co-participação R\$

49ª Observação: Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 13/03/21	4- Data de Autenticação 16/03/21	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8384215	7- Data Vencimento da Senha 11/06/21
---------------------------	--	-------------------------------------	------------------------	--	---

8-Número da Carteira	10-Empresa	12-Número do Cartão
100202511628000011103	SINDICATO DOS SERVIDORES	
9-Plano	11-Dia Válido da Carteira	
POS REDE PRESTADORA	___/___/___	

13-Nome	LUCINEIA APARECIDA GOMES PEREIRA
	29/03/1985
14-Telefone	() 3 5 3 1 - 1 5 3 3
15-Nome do titular do plano	ZILDA SIQUEIRA GOMES

16-Mendicamento a R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-JUF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
N	ANINA CAROL YNE DIAS CADEDO	25141	PR		

21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF	22-Nome do Contratado Exatidão	23-Número no CRO	24-UF	25-Cidade/CEP
10 9 2 2 6 6 3 5 9 9 4	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	25141	PR	
Enviar para: (1) 851002000				

ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO

[illegible]

1913 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 1993

44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Atendimento	46- Total Quando US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
15				

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, compreendendo-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

49 Osservazioni

30-Dados locais e Assentamento do Canteiro-Obra	11/11/11
31-Dados locais e Assentamento do Canteiro-Obra	11/11/11
32-Dados locais e Assentamento do Beneficiário (Necessário)	11/11/11
33-Dados locais e Canteiro da Empresa	11/11/11

This image shows a blank, aged, cream-colored page, likely an endpaper or flyleaf from an old book. The paper has a slightly textured appearance with some minor discoloration and a vertical crease running down the center. A small, dark, irregular mark is visible near the top center of the page.