

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



4-2

[illegible]

N	B-Endereço e RN TALES DELLINGHAUSEN SCHERER
21-Código na Operação / CNPJ - CPF	06 34816910
22-Nome do Contratado Exatante	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER
17-Nome do Profissional Solicitante	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER
18-Número no CRO	20813
19-Uf	PR
20-Código CBO S	025 -
Faturar Empresa	
23-Número no CRO	20813
24-Uf	PR
25-Código CNES	
27-Número no CRO	20813
28-Uf	PR
29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Exatante	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER
Município de Residência / Profissão Exercida	

30-1 Item	31-Código do Focamento	32-Descrição	33-Fonte/Região	34-Fase	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data da Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-100	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34000				05/11/20	

[illegible]

19-Observações

57 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/05/11 14/11/10 Tereza Gláucia	58 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/05/11 14/11/10 Moraes, Marlene	59 - Data, local e Carimbo da Empresa	
---	--	---	---	---------------------------------------	--

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
RO/PR 1208 - CNES 68.2032

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCURSA

24h



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/06/11 11/2010 4-Data de Autorização 10/06/11 11/2010 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8029316 7-Data Válida da Guia 10/04/10 12/11/2011 413336 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020253177810000001001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Envio DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LUCAS GABRIEL DA SILVA FRANCO DE SOUZA 15/06/2009 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARLENE DA SILVA FRANCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910 22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 27-Número no CRO 20813 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 Coparticipação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Memo da Obra	42-Assinatura
1-0	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1		73,00	0,00			10/06/11	20	marlene
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Cirurgia/Enfermagem 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 73,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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 este 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cópia da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUSÃO



49-Observação:
Imagens analisadas.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, acabo 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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:
Imagens analisadas.

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50

52-Dala | PCA e Análises de Regressão / Biotecnologia

AV Vrata local a Căminului din Focșani

11

11

תולדות ישראל

76111 DDTake

is Scherer

2617111201x 2

[illegible]

0
0
0
2
4
2
0
0
0

Cirurgião Dentista
Especialista em

CRO-PR 20813

CNPJ: 07.738.896/0001-40
CRO/PR 1206 - CNES 662.399



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



397926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 11/09/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7966849	7-Data Validação da Sentença 11/04/11
8-Número da Carteira 0002025327225000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/06/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAIS CRISTINI LIRA	08/06/1984	14-Teléfono () () () () () ()	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINI LIRA		
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER					
21-Código na Operadora / CNES / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	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
1-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	73	0,00
2-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	73	0,00
3-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	73	0,00
4-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	44	1	73	0,00
5-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	73	0,00
6-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	73	0,00
7-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
8-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
9-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
10-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
11-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
12-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
13-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
14-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
15-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ				
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\$
11/06/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	4381,00	0,00	
49-Observação Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias, será visto na produção.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/11					
53-Data, local e Canto da Empresa 11/06/11					

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUSIÓN

41823/
INTERCÂMBIO

511

1

41- Motivo da Cisão 42-4

120

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

2011

[illegible]

11

—

111

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

MULTI

[illegible]

assistente e arricar com os ca-
rtafo que usava esse docu-

[illegible]

ANICA ODONTOLOGIA
SCHERER & TDA

PJ: 07.725.896/000

CONCURRENCE



Declaro, que após ler todo o conteúdo deste documento e de todos os anexos, declaro, ainda que o(s) processo(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) no tratamento realizado, compreendendo-o a partir com os custos conforme previsto em contrato

Dr. Felipe Scherer
Ortopedista
Especialista em Implantes

SS-Data, local e Carro da Empresa

MICROBIOLOGICAL

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6308999

CONCLUSIONS

CLINICAL CONTROL GROUP



3.4. *W* Causes no Prevalence

424257

Digitalizado com CamScanner



1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído para

4 2 4 2 5 6

6 - Código na Operadora

0 7 7 3 8 9 6 0 0 0 1 5 0

7 - Nome do Contratado

20813PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

Dados do Recurso de Recurso

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

3 6 9 9 9 7

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

3 6 9 9 9 7

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202531350500000101 - MARCIA DA SILVA BORGES RODRIGUES

17 - Código da Guia da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

Dados das Setas da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

28 - Valor Recusado

30 - Valor Aceito

21 - Dente/Região

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

1 - 0 4 0 9 2 0 2 0

2 - 3 6 6 0

3 - 0 4 0 0

4 - 1 0 4 0 0

5 - 1 0 4 0 0

6 - 1 0 4 0 0

7 - 1 0 4 0 0

8 - 1 0 4 0 0

9 - 1 0 4 0 0

10 - 1 0 4 0 0

11 - 1 0 4 0 0

12 - 1 0 4 0 0

13 - 1 0 4 0 0

14 - 1 0 4 0 0

15 - 1 0 4 0 0

16 - 1 0 4 0 0

17 - 1 0 4 0 0

18 - 1 0 4 0 0

19 - 1 0 4 0 0

20 - 1 0 4 0 0

21 - 1 0 4 0 0

22 - 1 0 4 0 0

23 - 1 0 4 0 0

24 - 1 0 4 0 0

25 - 1 0 4 0 0

Na imagem fotográfica anexada é possível visualizar a desmineralização na face M do elemento em questão.

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE

3 0 4 0

32 - Valor Total Recusado (R\$)

3 6 6 0

33 - Valor Total Aceito (R\$)

0 4 0 0

34 - Data do Recurso

0 4 0 9 12 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador

Tales Scherer

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



242

406414 Registro ANS		3-Dia de Emissão da Guia 06/11/11/20		4-Dia de Autorização 09/11/11/20		5-Endereço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8029149		7-Dia Validade da Guia 10/11/12/11		413302 INTERCÂMBIO	
13-Nome LUANA PATRICIA KIEVEL HAAS		14-Telefone 06/02/1994		15-Nome do titular do plano GUIDO CESAR LANDE FREITAS		16-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		17-Dia Validade da Carteira 11/11/11		18-Número do Cartão Nacional de Saúde			
19-Endereço POS REDE PRESTADORA		20-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		21-Dia Validade da Carteira 11/11/11		22-Número do Cartão Nacional de Saúde							
23-Nome do Contratado LUANA PATRICIA KIEVEL HAAS		24-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		25-Dia Validade da Carteira 11/11/11		26-Número do Cartão Nacional de Saúde							
27-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		28-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		29-Dia Validade da Carteira 11/11/11		30-Número do Cartão Nacional de Saúde							
31-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		32-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		33-Dia Validade da Carteira 11/11/11		34-Número do Cartão Nacional de Saúde							
35-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		36-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		37-Dia Validade da Carteira 11/11/11		38-Número do Cartão Nacional de Saúde							
39-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		40-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		41-Dia Validade da Carteira 11/11/11		42-Número do Cartão Nacional de Saúde							
43-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		44-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		45-Dia Validade da Carteira 11/11/11		46-Número do Cartão Nacional de Saúde							
47-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		48-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		49-Dia Validade da Carteira 11/11/11		50-Número do Cartão Nacional de Saúde							
51-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		52-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		53-Dia Validade da Carteira 11/11/11		54-Número do Cartão Nacional de Saúde							
55-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		56-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		57-Dia Validade da Carteira 11/11/11		58-Número do Cartão Nacional de Saúde							
59-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		60-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		61-Dia Validade da Carteira 11/11/11		62-Número do Cartão Nacional de Saúde							
63-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		64-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		65-Dia Validade da Carteira 11/11/11		66-Número do Cartão Nacional de Saúde							
67-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		68-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		69-Dia Validade da Carteira 11/11/11		70-Número do Cartão Nacional de Saúde							
71-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		72-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		73-Dia Validade da Carteira 11/11/11		74-Número do Cartão Nacional de Saúde							
75-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		76-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		77-Dia Validade da Carteira 11/11/11		78-Número do Cartão Nacional de Saúde							
79-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		80-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		81-Dia Validade da Carteira 11/11/11		82-Número do Cartão Nacional de Saúde							
83-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		84-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		85-Dia Validade da Carteira 11/11/11		86-Número do Cartão Nacional de Saúde							
87-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		88-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		89-Dia Validade da Carteira 11/11/11		90-Número do Cartão Nacional de Saúde							
91-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		92-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		93-Dia Validade da Carteira 11/11/11		94-Número do Cartão Nacional de Saúde							
95-Nome do Contratado DENTAL UNI COOPERATIVA		96-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		97-Dia Validade da Carteira 11/11/11		98-Número do Cartão Nacional de Saúde							
99-Nome do Contratado POS REDE PRESTADORA		100-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		101-Dia Validade da Carteira 11/11/11		102-Número do Cartão Nacional de Saúde							

[illegible]

Declaro, que após ler a saida desenvolvida e esclarecido sobre as proposições, riscos, custos e vantagens, realizei a contratação 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.

0905000-67

50-Dados, local e Assinatura do Crúquio-Dentista Solicitante	51-Dados, local e Assinatura do Crúquio-Dentista	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados, local e Carimbo da Empresa
	26/11/11 Dr. Tales Sabeira Especialista em Endodontia	26/11/11 10h Liliana	CLINICA DENTOLÓGICA SCHERER LTDA

CRÓ-PR 20813
Especialista em Implantes

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
66680899

completing

409031
INTERCÂMBIORA1

dentofórca

SCHIERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1236 - CNES 6808999

FACTS OF A FINEST HOUR: THE NEW YORK TIMES

1000

© 2000 Blackwell Science Ltd

© 2004, with a supplement by, Christopher Deane, University of Cambridge

152 *Chen, Tang & Nguyen*

CLINICAL

SCHERER LTD

CONFIDENTIAL



Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autuado a Ocorrência e a pagar em meu nome e por minha conta, as respectivas despesas, que poderão ser cobradas posteriormente.

49-Observação

60. Data local e Assinatura do Circulante-Divisão Solicitante

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião: _____ 60

62-Dati, spet e Anistropia do Beneficiário / Responsável:

[illegible]

CLINICAL ODONTOLOGY

SCHERER LTD.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 17M. CHIEF 6000000

CONCLUSÃO

408606
INTERCÂMBIO

5

41-Motivo da Glória 42-Aus

20	20
----	----

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

— — — — —

44-Total Franchise / Co-participa

atento e arcar com os custos
o que assina esse documento

1111

ERGONOMICS

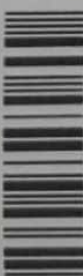
8.896/0001-50
CNE-S 6808999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUSÃO

24P



408329
INTERCÂMBIO

1- Registro ABO 400414

2- Data de Emissão do Guia 29/11/2012

3- Data de Autorização 30/11/2012

4- Número da Guia Principal 8010002

5- Número do Contrato 0002

6- Data Validade da Guia 27/10/12

7- Nome do Paciente RAFAEL HAUMANN XAVIER

8- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

9- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

10- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

11- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Data de Emissão do Guia 29/11/2012

14- Data de Autorização 30/11/2012

15- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

16- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

17- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

18- Número do Cartão Nacional de Saúde

19- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

20- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

21- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

22- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

23- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

24- Número do Cartão Nacional de Saúde

25- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

26- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

27- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

28- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

29- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

30- Número do Cartão Nacional de Saúde

31- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

32- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

33- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

34- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

35- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

36- Número do Cartão Nacional de Saúde

37- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

38- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

39- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

40- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

41- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

42- Número do Cartão Nacional de Saúde

43- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

44- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

45- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

46- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

47- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

48- Número do Cartão Nacional de Saúde

49- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

50- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

51- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

52- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

53- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

54- Número do Cartão Nacional de Saúde

55- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

56- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

57- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

58- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

59- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

60- Número do Cartão Nacional de Saúde

61- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

62- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

63- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

64- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

65- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

66- Número do Cartão Nacional de Saúde

67- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

68- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

69- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

70- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

71- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

72- Número do Cartão Nacional de Saúde

73- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

74- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

75- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

76- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

77- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

78- Número do Cartão Nacional de Saúde

79- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

80- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

81- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

82- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

83- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

84- Número do Cartão Nacional de Saúde

85- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

86- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

87- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

88- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

89- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

90- Número do Cartão Nacional de Saúde

91- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

92- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

93- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

94- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

95- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

96- Número do Cartão Nacional de Saúde

97- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

98- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

99- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

100- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

101- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

102- Número do Cartão Nacional de Saúde

103- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

104- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

105- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

106- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

107- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

108- Número do Cartão Nacional de Saúde

109- Nome do Paciente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

110- Nome do Consultório TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

111- Nome do Consultório Especialista TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

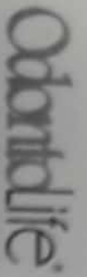
112- Nome do Titular do Plano RAFAEL HAUMANN XAVIER

113- Nome da Empresa FUNDACAO PARQUE

114- Número do Cartão Nacional de Saúde

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.777.777/0001-00
CRO/PR 20813



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUSÃO

248



408277
INTERCÂMBIO

408414

2 8 1 0 1 2 0

3 0 1 1 0 1 2 0

AUTORIZADO

8009754

2 1 7 1 0 1 1 2 1

0 0 2 0 2 5 3 3 0 8 0 3 0 0 0 0 1 0 4

POS REDE PRESTADORA

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Classe VARIANTE DA CÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

KALIANA SILVA DOS REIS

31/07/1997

16-7-Endereço
() 9 1 9 2 1 0 5 1 9

15-Nome do titular do plano
CLAUDINEIA APARECIDA SILVA DOS REIS

TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

POS

18-Número no CNO
20813

19-LUF
PR

20-Código CNO S

025 -
Faturar Empresa

TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

23-Número no CNO
20813

24-LUF
PR

25-Código CNES

TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

27-Número no CNO
20813

28-LUF
PR

29-Código CNO S

30-Data

32-Descrição

33-Operação

34-Idade

35-Idade

36-Quantidade US

37-Vale

38-Fratura/Co-participação R\$

39-Idade

40-Data de Realização

41-Setor de Dica 42-Suporte

CONSULTA ODONTOLÓGICA

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

30-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista

31-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista

32-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável

33-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista

34-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CATEG 09/2007

SCHERER LTDA.

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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Operação



408274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8009716	7-Data Validade da Senha 27/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533080300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LORHANA SILVA DOS REIS		14-Telefone () 992-0519	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA APARECIDA SILVA DOS REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Assentimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S	

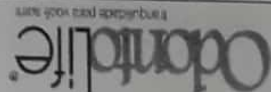
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/11/20		* Lolo
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			06/11/20		* Lolo
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			06/11/20		* Lolo
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			06/11/20		* Lolo
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			06/11/20		* Lolo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término 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 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, comprometendo-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 do Cirurgião-Dentista 06/11/2020, Tale Scherer Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020, * Lolo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-00 CRO/PR 1236 - CNE 00000000
--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

conclusão



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2011	4-Data de Autorização 16/11/2011	5-Serena AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8050500	7-Data Validade da Serena 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012012533233990010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 17	13-Nome MARCIANO CORREA	14-Falante 08/05/1990	15-Nome do titular do plano MARCIANO CORREA
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---	----------------------------	--------------------------	--

16-Matrimônio a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Excludente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa	26-Nome do Profissional Excludente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

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-Motivo da Causa 42-Assinatura
1	1	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	73,00	0,00	0,00	1	26/11/2011	Marciano
2	2	EXODONTIA DE RAIZ	38	1	1	73,00	0,00	0,00	1	26/11/2011	Marciano
3	3	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	0,00	1	26/11/2011	Marciano
4	4	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00	0,00	1	26/11/2011	Marciano
5	5										
6	6										
7	7										
8	8										
9	9										
10	10										
11	11										
12	12										
13	13										
14	14										
15	15										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Intervenção Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	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/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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2011 Marciano	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2011 Marciano	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2011 Marciano	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

CONCLUSÃO

408296
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional da Saúde

15-Nome do titular do plano
THAIS CRISTINI LIRA

TALES DELLINGHAUSEN SCHERERTALES DELLINGHAUSEN SCHERER3.2. Description

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

RESINADICAO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

Journal of Dentistry 2-E: Exam Radiology

e os propósitos, riscos, custos e alme-
rito(s) acima, e por mim assinado(s)

(continued)

51-Outline, Local & Administrative
17161114 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUSÃO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/11 4-Data de Autorização 10/05/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8016061 7-Data Validade da Série 10/11/02 8-Data Validade da Guia 409816 9-Data Validade da Guia 10/11/02

10-Data Validade da Guia 10/11/02 11-Data Validade da Guia 10/11/02 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANNA MARINA MISKALO CARMONA 14-Plano POS REDE PRESTADORA 15-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 16-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 17-Nome do Contratado Exequante DIEGO COROBINSKI CARMONA 18-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

19-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 20-Número no CRO 20813 21-Código de Operadora / CBO 5 22-Nome do Contratado Exequante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-Código CNES 25-Código CBO S 26-Código CBO S 27-Número no CRO 20813 28-Código CBO S 29-Código CBO S 30-Código CBO S

31-Data de Realização 32-Data de Realização 33-Data de Realização 34-Data de Realização 35-Data de Realização 36-Data de Realização 37-Data de Realização 38-Data de Realização 39-Data de Realização 40-Data de Realização 41-Data de Realização 42-Data de Realização 43-Data de Realização 44-Data de Realização 45-Data de Realização 46-Data de Realização 47-Data de Realização 48-Data de Realização 49-Data de Realização 50-Data de Realização 51-Data de Realização 52-Data de Realização 53-Data de Realização 54-Data de Realização 55-Data de Realização 56-Data de Realização 57-Data de Realização 58-Data de Realização 59-Data de Realização 60-Data de Realização 61-Data de Realização 62-Data de Realização 63-Data de Realização 64-Data de Realização 65-Data de Realização 66-Data de Realização 67-Data de Realização 68-Data de Realização 69-Data de Realização 70-Data de Realização 71-Data de Realização 72-Data de Realização 73-Data de Realização 74-Data de Realização 75-Data de Realização 76-Data de Realização 77-Data de Realização 78-Data de Realização 79-Data de Realização 80-Data de Realização 81-Data de Realização 82-Data de Realização 83-Data de Realização 84-Data de Realização 85-Data de Realização 86-Data de Realização 87-Data de Realização 88-Data de Realização 89-Data de Realização 90-Data de Realização 91-Data de Realização 92-Data de Realização 93-Data de Realização 94-Data de Realização 95-Data de Realização 96-Data de Realização 97-Data de Realização 98-Data de Realização 99-Data de Realização 100-Data de Realização

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ordem Regio	34-Frete	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Motivo da Guia	42-Autorização
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

CONCLUSÃO

[illegible]

Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos pelo tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

5) 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

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	<i>[Signature]</i>	Assinatura do Beneficiário / Responsável	<i>[Signature]</i>	Assinatura da Empresa	<i>[Signature]</i>
DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA

Dr. Tales Scherer
Especialista em Implantes
Cirurgião Dentista
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNEF 6808899

CONCLUÍDA



244

396679
INTERCĂMBIO

609

1000

41 - Motivo da Closs 42 - Ass

2010102

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

2021

[illegible][illegible]
$$u_1 \quad u_2 \quad u_3 \quad u_4 \quad u_5 \quad u_6 \quad u_7 \quad u_8 \quad u_9 \quad u_{10}$$

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

— — — — —

48-Total Franchise / Co-participations[illegible]

1000

ALGICA

LTDA.

690899

CONCLUSÃO



INTERCAMBIO

Does it do anything?

GUIDO CESAR LANDE-FREILAS

IN	IALES DELLINGHAUSEN SCHERER
----	-----------------------------

DALE DILLINGHAUSEN SCHERERPunto de Transición / Transición hacia Seguridad[illegible]

10/10

49-Observations

החלטה

CRO-PR 20813

CLINICAL ODOMETRY

CNPJ: 07.138.036/0001-15
CNPJ: 07.138.036/0001-15

CRO/PR 1200 - 01150

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUÍDA

2xR



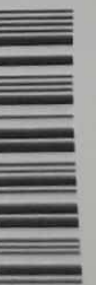
1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010 4-Data de Autorização 05/11/2010 5-Sigla AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8016059 7-Data Validade da Guia 10/11/2012 409813 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025326611000000101 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DIEGO COROBINSKI CARMONA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano DIEGO COROBINSKI CARMONA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 06348166910 22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-Orçamento 34-Fecha 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Orçamento	34-Fecha	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Primeiro Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Taxa Quantitativa US 47-Valor Total R\$ 48-Taxa Final/Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista em Implantes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cemitio da Empresa



408132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/9/11 01/2/01 3-Dia de Autorização 12/9/11 01/2/01 4-Autorizado 16/01/1995 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8009028 7-Dia Validade da Santa 12/7/11 01/2/11

8-Número da Carteira 010210125326642000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12/7/11 01/2/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DANIEL COSTA MORAES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIEL COSTA MORAES

16-Endereço do Contratado Residencial 20013 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910 22-Nome do Contratado Enunciado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Professoral Enunciado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 30-Data de Realização 31-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregio	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODM	1	122,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
2-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
3-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
4-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MOD	1	122,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
5-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
6-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	12/7/11	11	40
7-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-010	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Implante/Enfermagem 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativa US 1603,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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

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

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 1708999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

conclusão

24H



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 13/01/2010 3-Data de Autorização 03/11/2010 4-Data de Autorização 03/11/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8014259 7-Data Validade da Série 28/01/2011 8-Data Validade da Série 28/01/2011 9-Data Validade da Série 28/01/2011 10-Data Validade da Série 28/01/2011 11-Data Validade da Série 28/01/2011 12-Data Validade da Série 28/01/2011 13-Data Validade da Série 28/01/2011 14-Data Validade da Série 28/01/2011 15-Data Validade da Série 28/01/2011 16-Data Validade da Série 28/01/2011 17-Data Validade da Série 28/01/2011 18-Data Validade da Série 28/01/2011 19-Data Validade da Série 28/01/2011 20-Data Validade da Série 28/01/2011 21-Data Validade da Série 28/01/2011 22-Data Validade da Série 28/01/2011 23-Data Validade da Série 28/01/2011 24-Data Validade da Série 28/01/2011 25-Data Validade da Série 28/01/2011 26-Data Validade da Série 28/01/2011 27-Data Validade da Série 28/01/2011 28-Data Validade da Série 28/01/2011 29-Data Validade da Série 28/01/2011 30-Data Validade da Série 28/01/2011 31-Data Validade da Série 28/01/2011 32-Data Validade da Série 28/01/2011 33-Data Validade da Série 28/01/2011 34-Data Validade da Série 28/01/2011 35-Data Validade da Série 28/01/2011 36-Data Validade da Série 28/01/2011 37-Data Validade da Série 28/01/2011 38-Data Validade da Série 28/01/2011 39-Data Validade da Série 28/01/2011 40-Data Validade da Série 28/01/2011 41-Data Validade da Série 28/01/2011 42-Data Validade da Série 28/01/2011 43-Data Validade da Série 28/01/2011 44-Data Validade da Série 28/01/2011 45-Data Validade da Série 28/01/2011 46-Data Validade da Série 28/01/2011 47-Data Validade da Série 28/01/2011 48-Data Validade da Série 28/01/2011 49-Data Validade da Série 28/01/2011 50-Data Validade da Série 28/01/2011 51-Data Validade da Série 28/01/2011 52-Data Validade da Série 28/01/2011 53-Data Validade da Série 28/01/2011 54-Data Validade da Série 28/01/2011 55-Data Validade da Série 28/01/2011 56-Data Validade da Série 28/01/2011 57-Data Validade da Série 28/01/2011 58-Data Validade da Série 28/01/2011 59-Data Validade da Série 28/01/2011 60-Data Validade da Série 28/01/2011 61-Data Validade da Série 28/01/2011 62-Data Validade da Série 28/01/2011 63-Data Validade da Série 28/01/2011 64-Data Validade da Série 28/01/2011 65-Data Validade da Série 28/01/2011 66-Data Validade da Série 28/01/2011 67-Data Validade da Série 28/01/2011 68-Data Validade da Série 28/01/2011 69-Data Validade da Série 28/01/2011 70-Data Validade da Série 28/01/2011 71-Data Validade da Série 28/01/2011 72-Data Validade da Série 28/01/2011 73-Data Validade da Série 28/01/2011 74-Data Validade da Série 28/01/2011 75-Data Validade da Série 28/01/2011 76-Data Validade da Série 28/01/2011 77-Data Validade da Série 28/01/2011 78-Data Validade da Série 28/01/2011 79-Data Validade da Série 28/01/2011 80-Data Validade da Série 28/01/2011 81-Data Validade da Série 28/01/2011 82-Data Validade da Série 28/01/2011 83-Data Validade da Série 28/01/2011 84-Data Validade da Série 28/01/2011 85-Data Validade da Série 28/01/2011 86-Data Validade da Série 28/01/2011 87-Data Validade da Série 28/01/2011 88-Data Validade da Série 28/01/2011 89-Data Validade da Série 28/01/2011 90-Data Validade da Série 28/01/2011 91-Data Validade da Série 28/01/2011 92-Data Validade da Série 28/01/2011 93-Data Validade da Série 28/01/2011 94-Data Validade da Série 28/01/2011 95-Data Validade da Série 28/01/2011 96-Data Validade da Série 28/01/2011 97-Data Validade da Série 28/01/2011 98-Data Validade da Série 28/01/2011 99-Data Validade da Série 28/01/2011 100-Data Validade da Série 28/01/2011

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

19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operação / CBO J. CPE 22-Endereço a NY 23-Endereço a NY 24-UF PR 25-Código CNES 26-Endereço a NY 27-Endereço a NY 28-UF PR 29-Código CBO S 30-Endereço a NY 31-Endereço a NY 32-Endereço a NY 33-Endereço a NY 34-Endereço a NY 35-Endereço a NY 36-Endereço a NY 37-Endereço a NY 38-Endereço a NY 39-Endereço a NY 40-Endereço a NY 41-Endereço a NY 42-Endereço a NY 43-Endereço a NY 44-Endereço a NY 45-Endereço a NY 46-Endereço a NY 47-Endereço a NY 48-Endereço a NY 49-Endereço a NY 50-Endereço a NY 51-Endereço a NY 52-Endereço a NY 53-Endereço a NY 54-Endereço a NY 55-Endereço a NY 56-Endereço a NY 57-Endereço a NY 58-Endereço a NY 59-Endereço a NY 60-Endereço a NY 61-Endereço a NY 62-Endereço a NY 63-Endereço a NY 64-Endereço a NY 65-Endereço a NY 66-Endereço a NY 67-Endereço a NY 68-Endereço a NY 69-Endereço a NY 70-Endereço a NY 71-Endereço a NY 72-Endereço a NY 73-Endereço a NY 74-Endereço a NY 75-Endereço a NY 76-Endereço a NY 77-Endereço a NY 78-Endereço a NY 79-Endereço a NY 80-Endereço a NY 81-Endereço a NY 82-Endereço a NY 83-Endereço a NY 84-Endereço a NY 85-Endereço a NY 86-Endereço a NY 87-Endereço a NY 88-Endereço a NY 89-Endereço a NY 90-Endereço a NY 91-Endereço a NY 92-Endereço a NY 93-Endereço a NY 94-Endereço a NY 95-Endereço a NY 96-Endereço a NY 97-Endereço a NY 98-Endereço a NY 99-Endereço a NY 100-Endereço a NY

30-Endereço a NY	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-Valor
1-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	7 3 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	45	1	7 3 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	7 3 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
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 45-Tipo de Faturamento 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 Endereço da Empresa 54-Data, local e Endereço da Empresa 55-Data, local e Endereço da Empresa 56-Data, local e Endereço da Empresa 57-Data, local e Endereço da Empresa 58-Data, local e Endereço da Empresa 59-Data, local e Endereço da Empresa 60-Data, local e Endereço da Empresa 61-Data, local e Endereço da Empresa 62-Data, local e Endereço da Empresa 63-Data, local e Endereço da Empresa 64-Data, local e Endereço da Empresa 65-Data, local e Endereço da Empresa 66-Data, local e Endereço da Empresa 67-Data, local e Endereço da Empresa 68-Data, local e Endereço da Empresa 69-Data, local e Endereço da Empresa 70-Data, local e Endereço da Empresa 71-Data, local e Endereço da Empresa 72-Data, local e Endereço da Empresa 73-Data, local e Endereço da Empresa 74-Data, local e Endereço da Empresa 75-Data, local e Endereço da Empresa 76-Data, local e Endereço da Empresa 77-Data, local e Endereço da Empresa 78-Data, local e Endereço da Empresa 79-Data, local e Endereço da Empresa 80-Data, local e Endereço da Empresa 81-Data, local e Endereço da Empresa 82-Data, local e Endereço da Empresa 83-Data, local e Endereço da Empresa 84-Data, local e Endereço da Empresa 85-Data, local e Endereço da Empresa 86-Data, local e Endereço da Empresa 87-Data, local e Endereço da Empresa 88-Data, local e Endereço da Empresa 89-Data, local e Endereço da Empresa 90-Data, local e Endereço da Empresa 91-Data, local e Endereço da Empresa 92-Data, local e Endereço da Empresa 93-Data, local e Endereço da Empresa 94-Data, local e Endereço da Empresa 95-Data, local e Endereço da Empresa 96-Data, local e Endereço da Empresa 97-Data, local e Endereço da Empresa 98-Data, local e Endereço da Empresa 99-Data, local e Endereço da Empresa 100-Data, local e Endereço da Empresa

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813
CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNE 2 0000990



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247

CONCUTIDA



1-Registro AHS 406414		2-Data de Emissão da Guia 05/11/2012		3-Senha 05/11/2012		4-Data de Autorização 05/11/2012		5-Numero da Guia Principal 8026548		6-Data Validade da Guia 03/02/21		7-Data Validade da Guia 03/02/21		8-Numero da Carteira 10/02/025327457000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Numero da Carteira Nacional de Saúde 11/11/11		13-Nome EDSON ADRIANO POMBAL		14-Telefone 27/03/1969		15-Nome do Sítio do Plano EDSON ADRIANO POMBAL		16-Atendimento a RV TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		18-Numero no CRO 20813		19-UF PR		20-Código CBO S		21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 06348166910		22-Nome do Contratado Exatante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		23-Numero no CRO 20813		24-UF PR		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Numero no CRO 20813		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Fatura Empresa 025 -	
--------------------------	--	---	--	-----------------------	--	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	---	--	--------------------------------	--	--------------------------------------	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	---------------------------	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	----------------------------	--

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 Clima	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00				
2	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00				
3	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00				
4	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00				
5	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente 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 Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura da Empresa	
---	--	---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



CONCURTO A

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2010	4-Data de Autorização 16/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7961343	7-Data Validade da Guia 13/10/2011	8-Número da Carteira 102020253266420000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL COSTA MORAES										
14-Telefone 16/01/1995										
15-Nome do titular do plano DANIEL COSTA MORAES										

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX	26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	-------------------------------	---	---------------------------	-------------	---------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dent/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	000820000859	EXODONTIA DE RAIZ	18	1	73	00	30,00	30,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
2	000820000859	EXODONTIA DE RAIZ	28	1	73	00	30,00	30,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
3	000820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	73	00	30,00	30,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
4	000820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	73	00	30,00	30,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
5	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DV	8	00	06,44	20,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	6	00	06,44	20,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
7	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	6	00	06,44	20,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
8	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	6	00	06,44	20,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais
9	00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	12	00	24,11	20,00	S	30/10/20	Odont. Morais	Odont. Morais

43-Data Prevista 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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	685,00	0,00	0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista em Implantantes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	Dr. Tales Scherer CRO-PR 20813	Odont. Morais	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

0022000A

24P



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 04/11/2010 3-Data de Autorização 05/11/2010 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8023646 6-Data Validade da Guia 02/12/2011 7-Data Validade da Guia 02/12/2011 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 411819 INTERCÂMBIO

9-Nome do Beneficiário FATIMA PEREIRA JACINTO 10-Endereço POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Nome do titular do plano FATIMA PEREIRA JACINTO 13-Nome 14-Telefone 15-Data Validade da Carteira 16-Endereço 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Faturar/Qual/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0-0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-0-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00					
3-0-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00					
4-0-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00					
5-0-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00					
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\$ 49-Declaração 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 Endereço da Empresa 54-Data, local e Endereço da Empresa 55-Data, local e Endereço da Empresa 56-Data, local e Endereço da Empresa 57-Data, local e Endereço da Empresa 58-Data, local e Endereço da Empresa 59-Data, local e Endereço da Empresa 60-Data, local e Endereço da Empresa 61-Data, local e Endereço da Empresa 62-Data, local e Endereço da Empresa 63-Data, local e Endereço da Empresa 64-Data, local e Endereço da Empresa 65-Data, local e Endereço da Empresa 66-Data, local e Endereço da Empresa 67-Data, local e Endereço da Empresa 68-Data, local e Endereço da Empresa 69-Data, local e Endereço da Empresa 70-Data, local e Endereço da Empresa 71-Data, local e Endereço da Empresa 72-Data, local e Endereço da Empresa 73-Data, local e Endereço da Empresa 74-Data, local e Endereço da Empresa 75-Data, local e Endereço da Empresa 76-Data, local e Endereço da Empresa 77-Data, local e Endereço da Empresa 78-Data, local e Endereço da Empresa 79-Data, local e Endereço da Empresa 80-Data, local e Endereço da Empresa 81-Data, local e Endereço da Empresa 82-Data, local e Endereço da Empresa 83-Data, local e Endereço da Empresa 84-Data, local e Endereço da Empresa 85-Data, local e Endereço da Empresa 86-Data, local e Endereço da Empresa 87-Data, local e Endereço da Empresa 88-Data, local e Endereço da Empresa 89-Data, local e Endereço da Empresa 90-Data, local e Endereço da Empresa 91-Data, local e Endereço da Empresa 92-Data, local e Endereço da Empresa 93-Data, local e Endereço da Empresa 94-Data, local e Endereço da Empresa 95-Data, local e Endereço da Empresa 96-Data, local e Endereço da Empresa 97-Data, local e Endereço da Empresa 98-Data, local e Endereço da Empresa 99-Data, local e Endereço da Empresa 100-Data, local e Endereço da Empresa

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantantes
CRO-PR 20813

6668089 SAO PAULO SP
05 1000 0999 470-1000
VOLT 2.000 HOS
VIGIOLINOC VINITO



397926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7966849	7-Data Validade da Senha 14/01/21
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00202532722500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAIS CRISTINI LIRA		14-Telefone 08/06/1984	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINI LIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Número no CRO 20813	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 Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	44		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
5	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
6	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thais
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término 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 438,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias, será visto na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20, Thais Scherer Especialista em Implantes CRO-PR 20813	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20, Thais	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	--	--

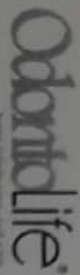
CONCULIDA



442

Os honorários são variáveis, dependendo do trabalho realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOL-2000 LTDA.
CNPJ: 07.033.000/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

convulsa

247



388491
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Código de Entidade da Guia 102111012101	3-Código de Autorização 102111012101	4-Autorizado AUTORIZADO	5-Código 7928055	6-Número da Guia Principal 7928055	7-Código de Validade da Guia 13111212101
------------------------	--	---	----------------------------	---------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0021025111783800052504	9-Data de Emissão 03/03/2014	10-Endereço FUNDAÇÃO PARQUE	11-Data de Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome GUILHERME LEDESMA DE ALMEIDA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EDUARDO CLEBER SANTANA DE ALMEIDA
---	------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operador / CNU / CPE 10634816691101	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tipo 1-0	31-Código do Procedimento 0851002100	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentificação 36	34-Tipo OV	35-CBO 1	36-Quantidade US 881010	37-Vol 1	38-Franquia/Co-participação R\$ 05111111	39-Aut 05111111	40-Data de Realização 11/11/11	41-Motivo da Guia 11111111	42-Valor 11111111
2-0	0851001145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	OD	1	881010	1	05111111	05111111	11/11/11	11111111	11111111
3-0	0851001145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	OP	1	881010	1	05111111	05111111	11/11/11	11111111	11111111
4-0	0851001145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	OL	1	881010	1	05111111	05111111	11/11/11	11111111	11111111
5-0	0851001145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	OD	1	881010	1	05111111	05111111	11/11/11	11111111	11111111
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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\$

49-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), (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.

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

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantar
CRO-PR 20813
CLINICA ODONTOLÓGICA
CLEBER LIDA
CNPJ: 02738.896/0001-50
CRO-PR 2075738896/0001-50
CRO-PR 2075738896/0001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

COUCLUPA

246



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/04/11 4-Dia de Autorização 10/04/11 5-Sema AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8020158 7-Dia Vencida da Sema 10/02/10 8-Dia Vencida da Sema 10/02/11 410975 INTERCÂMBIO

9-Número da Clínica 10/02/10 11-5 12-3 13-1 14-6 15-6 16-4 17-5 18-0 19-0 20-0 21-1 22-0 23-6 13-Nome VALERIA RICARDI NUNES 8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Vencida da Clínica 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome THIAGO YURI GUILARTE CAETANO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 21-Código da Operadora (CNPJ/CNP 06348166910 22-Nome do Comando Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentiflegio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3	4,00	0,00				
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3	6,00	0,00				
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3	6,00	0,00				
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3	6,00	0,00				
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3	6,00	0,00				
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

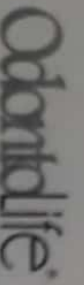
43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criobiotia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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), (utilizam 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-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Bancário/Responsável 53-Dia, local e Cartão da Empresa

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1228



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUSÃO

24h



411984
INTERCÂMBIO

1- Número do Ato
400414

2- Data de Emissão do Guia
10/05/11 11/210

3- Data de Autorização
10/06/11 11/210

4- Autorizado
AUTORIZADO

5- Número da Guia Principal
8024238

6- Data Validação da Guia
10/03/11 02/211

7- Número do CBO

8- Nome do Paciente
ICARO ALEXANDRE SILVA LIMA MATA

9- Tipo de Serviço
POS REDE PRESTADORA

10- Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validação da Carteira
11/11/11 11/11

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome do Paciente
ICARO ALEXANDRE SILVA LIMA MATA

14- Data de Emissão
28/01/2011

15- Nome do titular do plano
NATANAEL HELENO DE OLIVEIRA

16- Nome do Paciente
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

17- Nome do Consultado
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

18- Número no CRO
20813

19- UF
PR

20- Código CBO S

21- Nome da Empresa
Faturar Empresa

22- Nome do Paciente
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

23- Nome do Consultado
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

24- Número no CRO
20813

25- UF
PR

26- Código CBO S

27- Nome do Paciente
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

28- Número no CRO
20813

29- UF
PR

30- Código CBO S

31- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33- Data de Emissão
31/01/11 11/210

34- Data de Emissão
31/01/11 11/210

35- Data de Emissão
31/01/11 11/210

36- Data de Emissão
31/01/11 11/210

37- Data de Emissão
31/01/11 11/210

38- Data de Emissão
31/01/11 11/210

39- Data de Emissão
31/01/11 11/210

40- Data de Emissão
31/01/11 11/210

41- Data de Emissão
31/01/11 11/210

42- Data de Emissão
31/01/11 11/210

43- Data de Emissão
31/01/11 11/210

44- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

45- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

46- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

47- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

48- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

49- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

50- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

51- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

52- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

53- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

54- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

55- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

56- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

57- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

58- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

59- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

60- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

61- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

62- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

63- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

64- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

65- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

66- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

67- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

68- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

69- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

70- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

71- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

72- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

73- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

74- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

75- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

76- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

77- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

78- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

79- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

80- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

81- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

82- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

83- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

84- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

85- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

86- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

87- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

88- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

89- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

90- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

91- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

92- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

93- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

94- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

95- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

96- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

97- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

98- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

99- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

100- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

101- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

102- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

103- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

104- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

105- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

106- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

107- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

108- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

109- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

110- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

111- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

112- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

113- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

114- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

115- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

116- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

117- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

118- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

119- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

120- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

121- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

122- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

123- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

124- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

125- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

126- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

127- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

128- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

129- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

130- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

131- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

132- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

133- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

134- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

135- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

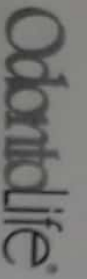
136- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

137- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

138- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

139- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA

140- Nome do Paciente
CONSULTA ODONTOLÓGICA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCUBINA

348



1º Registro ANS 406414	2º Registro em Conselho de Classe 219110120	3º Data de Autorização 301110120	4º Sistema AUTORIZADO	5º Número da Guia Principal 8009808	6º Data Válida da Guia 121101121	7º Data Válida da Guia 121101121	8º Número do Cartão Nacional de Saúde 408290 INTERCÂMBIO
---------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--

13 Nome LUCAS GABRIEL DA SILVA FRANCO DE SOUZA	14 Pos Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA	15 Data de Realização 15/06/2009	16 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	17 Data Válida da Carteira 111111111	18 Nome do Titular do Plano MARILENE DA SILVA FRANCO	19 Número do Cartão Nacional de Saúde 408290 INTERCÂMBIO
---	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---	---	--

19 Nome do Prestador Substituto N TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20 Nome do Prestador Substituto TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	21 Código de Referência - CROU - CIP 06348166910	22 Nome do Prestador Substituto TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23 Número no CRO 20813	24 Número no CRO 20813	25 Código CRO S 025 - Faturar Empresa	26 Nome do Prestador Substituto TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27 Número no CRO 20813	28 UF PR	29 Código CRO S 025 - Faturar Empresa
---	--	---	--	---------------------------	---------------------------	---	--	---------------------------	-------------	---

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43 Data Prevista Término do Tratamento 111111111	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 Quantia US 34100	47 Valor Total R\$ 01000	48 Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111
---	--	---	------------------------------	-----------------------------	--

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), folioform realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Desempenho

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 111111111	51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/11 11/12/10 Tales Scherer	52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/11 11/12/10 concubina dos S	53 Data, local e Cópia da Empresa 111111111
--	--	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 - CNES 68088999

concludo

408523
INTERCAMBIO

Dr. Tales Schmitt
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1795 - CNES 6808999



412452
INTERCÂMBIO

AUTORIZADO

8025828

POS REDE PRESTADORA

DENTAL UNI COOPERATIVA

GUIDO CESAR LANDE FREITAS

LUIZA PATRICIA KENDEL PIAS

06/02/1994

TALES DELL'INGHAUSEN SCHERER

20813

PR

025 -

Faturar Empresa

TALES DELL'INGHAUSEN SCHERER

20813

PR

TALES DELL'INGHAUSEN SCHERER

20813

PR

28-Cópia CBO S

28-Cópia CBO S

28-Cópia CBO S

28-Cópia CBO S

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

13

4

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

RASPIAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

3

6

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Dr. Tales Scherer

Dr. Tales Scherer

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA

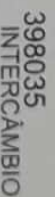
Cirurgião Dentista Especialista em Implantes

CNPJ: 07.738.808/0001-50

CRO-PR 20813

CRO/PR 1206 - C-007-69-0999

CONCLUSÃO

Dadon on Beneficiaries13-NorthDadoj de Correlaciado: [Fingertail and Tropicbird](#)21-Código na Opção: CNPJ / CPF26-Nome do Profissional Eleitoral:Pencil the Treatment and Program for the Subject

1	0	0	1	8	5	7	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

1	0	0	1	0	0
4	0	8	9	0	0

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]contrato. Declaro, ainda que o(s) n...

0161-9160/96/0005-0000\$05.00/0

1000

100