

mês 02-21

CRO: 25141/PR

Cirurgião Dentista: (17593) - ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
397939 - I	BRUNO SANTANA ALVES (00202510284000007801)		16/10/2020	78	0.3	R\$ 23,40
399121 - I	GRAZIELE DOS SANTOS LUIZ (00202510284000007802)		19/10/2020	78	0.3	R\$ 23,40
401438 - I	ORLANDO SEITE ENOKIDA JUNIOR (00202511628000008004)		21/10/2020	78	0.3	R\$ 23,40
408392 - I	DIRCE DA SILVA TORTOLA (00202511628000008001)		29/10/2020	78	0.3	R\$ 23,40
410244 - I	ANA PAULA ANTUNES DE OLIVEIRA DE LUCCAS (00202526196900000201)		03/11/2020	78	0.3	R\$ 23,40
410915 - I	ANA PAULA ANTUNES DE OLIVEIRA DE LUCCAS (00202526196900000201)		04/11/2020	122	0.3	R\$ 36,60
411825 - I	CLEIDE MARA GOMES (00202511628000009101)		04/11/2020	78	0.3	R\$ 23,40
420596 - I	ELAINE DE FATIMA GOMES (00202511628000004610)		17/11/2020	78	0.3	R\$ 23,40
425872 - I	BRUNA DANIELI BRAGA DO PRADO (00202502683600006303)		24/11/2020	78	0.3	R\$ 23,40
427740 - I	TIAGO DONIZETE VERISSIMO (00202502683600550003)		25/11/2020	106	0.3	R\$ 31,80
447024 - I	CAMILA ELOIZE VIUDES COSTA (00202502683600071203)		04/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
448487 - I	TATIANE OLIVEIRA LINO (00202511628000011401)		06/01/2021	61	0.3	R\$ 18,30
449175 - I	GUSTAVO LIAR DE LUCCAS (00202526196900000202)		07/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
449586 - I	RAQUEL RIBEIRO RUFO (40641400680900001301)		08/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
449596 - I	BARBARA CAROLINE TOME MACHADO (00202509555800008001)		08/01/2021	228	0.3	R\$ 68,40
450140 - I	ALINE DONIZETE DA SILVA (40641400038700221502)		08/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
450143 - I	TIAGO DONIZETE VERISSIMO (00202502683600550003)		08/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
450910 - I	ANNA CLARA FIGUEIREDO TEIXEIRA (00202511628000003303)		11/01/2021	88	0.3	R\$ 26,40
450915 - I	ELAINE DE FATIMA GOMES (00202511628000004610)		11/01/2021	292	0.3	R\$ 87,60
453675 - I	RAQUEL RIBEIRO RUFO (40641400680900001301)		14/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
453985 - I	MARCELO CAVALCANTE CAMPOE (00202509555800008002)		14/01/2021	553	0.3	R\$ 165,90
462396 - I	CARINE LETICIA MACHRY (00202530162700000102)		26/01/2021	146	0.3	R\$ 43,80

Totalizador					
				Nº de USOs:	2961
				Nº de atendimentos:	22
				Valor:	R\$ 888,30

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 01/02/2021 10:39

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



448487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 11/21	4-Data de Autenticação 10/06/10 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8175035	7-Data Validade da Senha 10/06/10 11/21
8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 1 6 2 8 0 0 0 1 1 4 0 1 1	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANE OLIVEIRA LINO					
14-Endereço 06/08/1990					
15-Data de Validade da Guia					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO					
18-UF PR					
19-UF PR					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 9 2 2 16 6 3 5 9 9 4					
22-Nome do Contratado Exequente ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO					
23-Número no CRO 25141					
24-UF PR					
25-Código CNES 25141					
26-Nome do Profissional Exequente ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO					
27-Número no CRO 25141					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA					
32-Quantidade US 11					
33-Valor 10,00					
34-Valor 10,00					
35-Valor 10,00					
36-Valor 10,00					
37-Valor 10,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 50,00					
39-Aut 50,00					
40-Data de Realização 10/06/10 11/21					
41-Motivo da Guia 10/06/10 11/21					
42-Assinatura Tatiane Oliveira Lino					
43-Data Pressão Termino do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial					
46-Valor Total R\$ 16,10					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Valor Total R\$ 10,00					
49-Valor Total R\$ 10,00					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 10/06/10 11/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Exequente 10/06/10 11/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/10 11/21					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/10 11/21					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação



Tratamentos para toda vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



427740
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/15/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/12/11 12/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099924	7-Data Validade da Guia 12/13/10 12/12/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Beneficiário

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 12/13/10 12/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome TIAGO DONIZETE VERISSIMO	14-Telefone () 9 9 1 9 1 5 0 5	15-Nome do Titular do Plano MARCIO VERISSIMO
-------------------------------------	------------------------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 2 2 6 6 3 5 9 9 4	22-Nome do Contratado Emplante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	23-Número no CRO 25141	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	32-Descrição APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 7	36-Quantidade US 2	37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 10,00	39-Aut 1	40-Data de Realização 12/15/11	41-Moeda da Guia R\$	42-Assinatura ANNA
---	---	----------------------	--------------	-------------	-----------------------	-------------------	--	-------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------------------

2-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	13	14	10	10	10	10	10	ANNA
-----------------------	-----------------------	---	---	----	----	----	----	----	----	----	------

3-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

4-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

5-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

6-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

7-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

8-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

9-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

10-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

11-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

12-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

13-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

14-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

15-1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	ANNA
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/15/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/15/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Beneficiário 12/15/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11
---	--	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 12/15/11	55-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11
---	---

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 12/15/11	57-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11
---	---

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 12/15/11	59-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11
---	---

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 12/15/11	61-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/11
---	---



Indicador para uso contábil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2014 4-Data de Autorização 11/11/2014 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8181242 7-Data Validade da Santa 10/08/2014 450140 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/2012 5-02/26/03/05/00/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 11/11/2014 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome ALINE DONIZETE DA SILVA 01/05/1990 14-Telefone 991915505 15-Nome do titular do plano MARCIO VERISSIMO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RIN 17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 18-Número no CRO 25141 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109226635994 22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 23-Número no CRO 25141 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO 27-Número no CRO 25141 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	018100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	134100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
8-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
9-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
10-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
11-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
12-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
13-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
14-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
15-0	018400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	135100	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

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-Fracionado 46-Total Quantidade US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 Caimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N⁺

1-Registro ANS 406414	3-Dia de emissão da Guia 10/8/01/21	4-Dia de Autorização 11/1/01/21	5-Seria AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8181247	10-8/10/4/21
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------

TOURNO
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira	10-Engenharia	11-Dia Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde																						
0 0 2 0 2 5 0 2 6 8 3 6 0 0 5 5 0 0 0 3	COAMO AGROINDUSTRIAL	<table border="1"> <tr> <td> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> <td> </td> </tr> </table>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																						
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
9-Plano	15-Nome do titular do plano																								
POS REDE PRESTADORA																									
13-Endereço	14-Endereço																								

Nome	TIAGO DONIZETE VERISSIMO
Data de nascimento	17/05/2011
CPF	991915505
Assinatura	MARCIO VERISSIMO

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
(6) Alinhamento à FOL N	(14) Número no CRO 25141
(17) Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO	(18) UF PR
	(20) Código CRO S
(23) Número do CRO	(24) UF
	(25) Código CNES
	025 - Faturar Empresa

21 Código na Operadora CNPJ/CNPJ									
0	9	2	2	6	6	3	5	9	9
4									
22 Nome do Contratado Enunciado									
ANINA CAROLYNE DIAS CADEDO									
25414									
PR									
20 Códigos CNPJ, S									

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30- Tabela	32- Orçamento
31- Código do Procedimento	33- Dente/Região
	34- Ficare
	35- Cuid
	36- Quantidade US
	37- Valor
	38- Franquia/Co-participação R\$
	39- Aut
	40- Data de Realização
	41- Motivo da Ocorr
	42- Assinatura

[illegible][illegible]

Handwriting practice lines for the letter 'l'. The page contains three rows of lines, each starting with a number (5, 6, 6) and followed by a series of vertical strokes representing the letter 'l'.

[illegible]

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

A blank sheet of music paper featuring five horizontal staves. Each staff consists of a solid top line and four dashed lines below it, providing a guide for note placement. The staves are evenly spaced across the page.

11

2

[illegible][illegible]

43 Data Término do Tratamento	44 Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento	46 Total Quantidade US
	1-Tratamento Oncológico 2-Estado Radiológico 3-Oncofobia 4-Urlopio/Emergência	1-Total 2-Parcial	
			73,000

decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações decorrentes, ainda que os procedimentos descritos(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizados com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os honorários devidos.

10. Oportunidade

S1 Data local e Assinatura do Emprego-Donatário	S2 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	S3 Data local e Carimbo da Empresa
10/07/2018 [Assinatura]	10/07/2018 [Assinatura]	[Carimbo]

30-Data local e Assinatura do Cursinho Dentista Solicitante

18/09/2017

Assinatura

Assinatura

1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



453675
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011		4-Data de Autorização 11/01/2011		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8195512		7-Data Validação da Sentença 11/01/2011	
8-Número da Carteira 010202511162800000003601		9-Puro POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		11-Data Validação da Carteira 11/01/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome RAQUEL RIBEIRO RUFO											
14-Endereço 21/10/1979											
15-Nome do titular do plano RAQUEL RIBEIRO RUFO											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
18-Número no CRO 25141											
19-UF PR											
20-Código CRO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0922635994											
22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
23-Número no CRO 25141											
24-UF PR											
25-Código CNES 25141											
26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
27-Número no CRO 25141											
28-UF PR											
29-Código CRO S											
30-Fratura/Co-participação R\$											
31-Data de Realização											
32-Valor											
33-Data de Realização											
34-Valor											
35-Data de Realização											
36-Valor											
37-Data de Realização											
38-Valor											
39-Data de Realização											
40-Valor											
41-Data de Realização											
42-Valor											
43-Data de Realização											
44-Valor											
45-Data de Realização											
46-Valor											
47-Data de Realização											
48-Valor											
49-Data de Realização											
50-Valor											
51-Data de Realização											
52-Valor											
53-Data de Realização											
54-Valor											
55-Data de Realização											
56-Valor											
57-Data de Realização											
58-Valor											
59-Data de Realização											
60-Valor											
61-Data de Realização											
62-Valor											
63-Data de Realização											
64-Valor											
65-Data de Realização											
66-Valor											
67-Data de Realização											
68-Valor											
69-Data de Realização											
70-Valor											
71-Data de Realização											
72-Valor											
73-Data de Realização											
74-Valor											
75-Data de Realização											
76-Valor											
77-Data de Realização											
78-Valor											
79-Data de Realização											
80-Valor											
81-Data de Realização											
82-Valor											
83-Data de Realização											
84-Valor											
85-Data de Realização											
86-Valor											
87-Data de Realização											
88-Valor											
89-Data de Realização											
90-Valor											
91-Data de Realização											
92-Valor											
93-Data de Realização											
94-Valor											
95-Data de Realização											
96-Valor											
97-Data de Realização											
98-Valor											
99-Data de Realização											
100-Valor											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



449175
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
10/7/01/1/2/1

4- Data de Autorização
10/7/01/1/2/1

5- Sentença
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
8177871

7- Data Validade da Sentença
10/7/01/4/1/2/1

8- Número da Carteira
10/02/02/5/2/6/1/9/6/9/0/0/0/0/2/0/2

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
AUTO ADEIVOS PARANA S A

11- Data Validade do Contrato
10/7/01/1/2/1

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
GUSTAVO LIAR DE LUCCAS

26/09/1994

15- Nome do titular do plano
ANA PAULA ANTUNES DE OLIVEIRA DE LUCCAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RM
N

17- Nome do Profissional Solicitante
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO

22- Nome do Contratado Executante
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO

18- Número no CRO
25141

19- UF
PR

20- Código CRO S

025 -

Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
09/2/2/6/6/3/5/9/9/4

23- Número no CRO
25141

24- UF
PR

25- Código CNES

26- Código CRO S

26- Nome do Profissional Executante
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-010	1810100165	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00					
2-010	181400198	PROFILAXIA: POLIMENTO				35,00	0,00					
3-010	181400198	PROFILAXIA: POLIMENTO				35,00	0,00					
4-010	181400198	PROFILAXIA: POLIMENTO				35,00	0,00					
5-010	181400198	PROFILAXIA: POLIMENTO				35,00	0,00					
6-010	181400198	PROFILAXIA: POLIMENTO				35,00	0,00					
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43- Data Prevista Término do Tratamento

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

45- Tipo de Tratamento
1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US
174,00

47- Valor Total R\$
10,00

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, 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

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Carimbo da Empresa

2-N^a449596
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 0 8 / 0 1 / 2 1	4-Dia de Autorização 0 8 / 0 1 / 2 1	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179349	7-Dia Validado da Semeta 0 8 / 0 4 / 2 1
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC DOS SERV MUNIC DE	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão ____
---	--	---	--

13-Name BARBARA CAROLINE TOME MACHADO	06/07/1988	14-Teléfono () 	15-Name do titular do plano BARBARA CAROLINE TOME MACHADO
--	------------	--	--

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento			
16. Atribuição a RNT	17. Nome do Produtoral Substituto		
N	ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	18. Número do CNO	19. UF
		25141	PR
		20. Código CBO S	025 -
			Faturar Empresa

21-Código na Opemkron / CNPJ / CPF	10 9 2 2 6 6 3 5 9 9 4
22-Nome do Contratado Executante	ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO
23-Número no CRO	25141
24-UF	PR
25-Código CRES	
Enviar - RX	(0) 85100200

25-Nome do Profissional Exercitante	27-Número no CRO	28-JUF	29-Código CRO S
ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO	25141	PR	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado	
30-1-Item	31-Objeto do Procedimento
	32-Descrição
	33-Denominação
	34-Faixa
	35-Ord
	36-Quantidade US
	37-Valor
	38-Franquia/Co-participação R\$
	39-Ativ
	40-Diagn

PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	HASE	S	H	S	H
1-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	1 3 5 0 0	1 3 5 0 0	0 0 0 0	1 2	1 2	1 2
2-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	1 3 5 0 0	1 3 5 0 0	0 0 0 0	1 2	1 2	1 2

-3	0	0		8	4	0	0		0	1	9	8			
PROFILAXIA: POLIVENTO															
HAIÉ															
					1					3	5	0	0		
											0	0	0		
SILB															

[illegible]

6

12

13

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
12				

[illegible]

44-Operatório

50-Data local e Assinatura do Curupicho-Dentista Solidária	12/11/2011	
51-Data, local e Assinatura do Curupicho-Dentista	12/11/2011	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	12/11/2011	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/11/2011	

2

This image shows a blank white page from a book or document. The left edge features a dark, textured binding material. A small portion of the preceding page is visible at the top left corner.

2-N^o

447024
INTERCÂMBIO

[illegible]

2-N^o449586
INTERCÂMBIO

Dr. Denis A. Carolyne
CROIP

**Dados do Beneficiário**

LEARNING DEVELOPMENT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

— 222 —

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

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

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

[illegible]

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

3	1	0	1	0	1	8	2	1	0	1	0	1	0	1	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0.0	0.8	0.3	0.0	0.0	0.8	0.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

—

7-2

—

6

501

11

421

[illegible][illegible]

2100

43. Data Previsão Término do Tratamento

[illegible]

DE

Declaro, que apos ter sido devidamente

referentes ao tratamento realizado, com

49-Observação

--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Ullrich

1000

2-N

453985
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia		4-Data de Autógráfico		5-Será Emitido AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8196822		7-Data Válida da Serenata 11/4/014/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010120121501915151810101018101012											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
13-Nome MARCELO CAVALCANTE CAMPOE											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101912161613151919141111											
22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLYNE DIAS CADEDO											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
10-Empresa ASSOC DOS SERV MUNIC DE											
14-Telefone (11) 1111111111											
18-Número no CNO 25141											
19-UF PR											
20-Código CBO S 025 -											
23-Número no CNO 25141											
24-UF PR											
25-Código CNES Enviar - RX											
27-Número no CNO 25141											
28-UF PR											
29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200											

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 8 4 0 0 1 9 8		PROFILAXIA- POLIMENTO	HASD		1	3 5 10 0		0 0 0 0		5 12 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
2- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA- POLIMENTO	HASE		1	3 5 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
3- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA- POLIMENTO	HAIE		1	3 5 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
4- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA- POLIMENTO	HAID		1	3 5 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
5- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OL	1	8 8 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
6- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8 8 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
7- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	8 8 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
8- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8 8 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
9- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	8 8 10 0		0 0 0 0		5 11 13 11 0 12 11 2 11 2 11		<i>x</i> <i>marcelo</i>
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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\$

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

1- Total 2- Parcial

15 5 3 10 0

0 0 0 0

5 12 13 11 0 12 11 2 11 2 11

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentistal <i>Daniel P. ...</i>	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Marcia M. ...</i>	
53-Data, local e Caimho da Empresa 	



1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/06/10 3-Dia de Autorização 27/10/11 4-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8235330 7-Dia Validade da Sentença 26/10/14 8-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Dados do Beneficiário 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CARINE LETICIA MACHRY 14/01/1989 15-Telefone 919667277 16-Endereço RODRIGO GOMES DA SILVA 17-Nome do titular do plano RODRIGO GOMES DA SILVA

18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 19-Adesão a PN ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO 22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROL YNE DIAS CADEDO 23-Número no CRO 25141 24-UF PR 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 25141 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-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	8	2	0	0	8	7	5					
2-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
3-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
4-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
5-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
6-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
7-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
8-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
9-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
10-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
11-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
12-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
13-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
14-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
15-0	0	8	2	0	0	8	7	5				

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Prostética 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 146,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

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