



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/11/12/11	4-Data de Autorização 11/11/01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179589	7-Data Validade da Senha 08/10/11/12/11	449668 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202012533633633050000101003	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COMERCIAL IVAIPORA LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BEATRIZ PAULUK DA SILVA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano LISANDRA PAULUK DA SILVA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI		18-Número no CRO 29679		19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09133622090011		22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI		23-Número no CRO 29679	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI		27-Número no CRO 29679		28-UF PR	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fee	35-Qtd	36-Franquia/Co-participação R\$
1-0008100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	000	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						

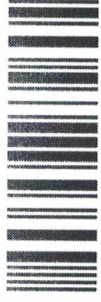
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (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.

48-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 Caimbio da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2011	4-Data de Autorização 14/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8192615	7-Data Validade da Senha 13/04/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533630500001003	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa COMERCIAL IVAIPORA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome BEATRIZ PAULUK DA SILVA				
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano LISANDRA PAULUK DA SILVA					
16-Atendimento a RN ADRIANO FIORI					
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 093362209001					
22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI					
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI					
28-UF PR					
29-Código CBO S 29679					
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					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



431357
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 1 / 0 3 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8105149

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 / 12 / 11 12 / 12 01

3-Data de Emissão da Guia
10 / 11 / 12 / 12 01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira
0 0 1 2 0 2 5 3 3 6 3 0 5 0 0 0 0 2 0 2
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
COMERCIAL IVAIPORA LTDA
14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
CLEVERSON CARLOS DELAVY

13-Nome
SIMONE APARECIDA MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ADRIANO FIORI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 9 3 3 6 1 2 2 0 9 0 0
25-Código CNEs
24-UF
PR
28-UF
PR

22-Nome do Contratado Executante
ADRIANO FIORI

26-Nome do Profissional Executante
ADRIANO FIORI

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Guia 42-Assinatura

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5
CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
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\$

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

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



433307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/2012	4-Data de Autorização 04/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113261	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252191841000101101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIEL MOREIRA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do Titular do plano DIEL MOREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI	18-Número no CRO 29679	19-UF PR	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa Enviar - RX
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 019336122091001	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI	23-Número no CRO 29679	24-UF PR	25-Código CNES	(I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI	27-Número no CRO 29679	28-UF PR	29-Código CBO S	30-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0008511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6100
2-0008511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100
3-0008511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6100
4-0008511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6100
5-0008511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6100
6-0008511020200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8800
7-0008511020200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	8800
8-0008511020200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8800
9-0008511020200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8800
10-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600
11-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600
12-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600
13-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600
14-00081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1400
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		
11/11/11			1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência		
46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		
815,00			0,00		
48-Total Franquia - Co-participação R\$			0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Adriano F.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Adriano F.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Diel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---