



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
01/03/10 07/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7681287

7-Data Validade da Senha
01/11/10 11/12/10

333832
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
010121021510216183161010818151012

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira
11/01/1981

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CELIA REGINA VUJANSKI DA LUZ

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOANIDES BALTAZAR DA LUZ

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
28239

19-UF
PR

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0431905849011

22-Nome do Contratado Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
28239

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
28239

28-UF
PR

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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
1-01018121000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
2-01018121000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
3-01018121000859	EXODONTIA DE RAIZ	35	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
4-010181510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
5-010181510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
6-010181510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
7-010181510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
8-01018153000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
9-01018153000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
10-01018153000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
11-01018153000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/10	Celia
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 pagar em 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 Câmbio da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 1 0 1 8 1 2 0	4-Data de Autorização 1 1 1 0 1 8 1 2 0	5-Senhia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775981	7-Data Validade da Senhia 1 0 8 1 1 1 1 1 2 0
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 1 8 4 1 0 0 0 0 1 0 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA JOSELIA BUENO	14-Telefone () 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15-Nome do titular do plano JHONES DUTKA SIMIANO		

Depto do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANO FIORI	18-Número no CRO 29679	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 9 3 3 1 6 1 2 2 0 9 0 0 1 1	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO FIORI	23-Número no CRO 29679	24-UF PR
28-Nome do Profissional Executante ADRIANO FIORI	27-Número no CRO 29679	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data		
30-Tabela	31-Código do Procedimento										32-Descrição								
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										HASD	1	1	3500	0000	0000	0000	S	13/12/18
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										HASE	1	1	3500	0000	0000	0000	S	13/12/18
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										HAID	1	1	3500	0000	0000	0000	S	13/12/18
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										HAIE	1	1	3500	0000	0000	0000	S	13/12/18
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										47	O	1	6100	0000	0000	0000	S	14/12/18
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										36	V	1	6100	0000	0000	0000	S	19/12/18
7-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										37	O	1	6100	0000	0000	0000	S	19/12/18
8-00085100196																			
9-00085100196																			
10-00085100196																			
11-00085100196																			
12-00085100196																			
13-00085100196																			
14-00085100196																			
15-00085100196																			

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46-Total Quantidade US 3 2 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 Adriano J.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 Adriano J.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 Maria Bueno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

333487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10/17/12/01	4-Data de Autorização 10/3/10/17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7679765	7-Data Validade da Senha 3/0/10/9/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/02/5/02/6836008815014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LUANA VUJANSKI DA LUZ	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano JOANIDES BALTAR DA LUZ
----------------------------------	------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 28239	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 043905849011111	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 28239	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 28239	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6100	0100	S11/11/08/120				
2-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100	0100	S11/11/08/120				
3-01018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100	0100	S11/11/08/120				
4-01018511001961											
5-01018511001961											
6-01018511001961											
7-01018511001961											
8-01018511001961											
9-01018511001961											
10-01018511001961											
11-01018511001961											
12-01018511001961											
13-01018511001961											
14-01018511001961											
15-01018511001961											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11/1/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10100
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/1/11/1/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/1/10/8/120 - Celso A. S. S. S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/1/10/8/120 - Celso A. S. S. S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/1/11/1/11/11
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326809
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 7 / 1 0 9 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7645681

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 1 4 / 0 6 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 9 / 1 0 / 0 6 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 / 2 0 / 2 5 0 2 6 1 8 3 6 0 0 8 1 5 0 4

13-Nome
LUANA VUJANSKI DA LUZ

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
JOANIDES BALTAZAR DA LUZ

Dados do Contratário Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
JOANIDES BALTAZAR DA LUZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 0 4 3 9 0 5 1 4 9 0 1

22-Nome do Contratado Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
ANA FLAVIA BOLZANI DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
28239

24-UF
PR

25-Código CNES
28239

30-Tabella

31-Código do Procedimento
1 0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
1

34-Face

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3 4 0 0

37-Valor
0 0 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
S

40-Data de Realização
3 0 / 0 6 / 2 0

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
celia

43-Data Previsão Término de Tratamento
/ / / / / /

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

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial
3 4 0 0

46-Total Quantidade US
3 4 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
3 0 / 0 6 / 2 0 celia A. Juyaski

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

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
/ / / / / /

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / / /