

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 11/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7859849 7-Data Validade da Guia 10/09/2012

372876
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202519446400057502 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FRISIA COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EMILY CHRISTINE MILEK DA ROCHA 28/09/2015 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JHAMYS KELWEN DA ROCHA

Dados do Contratado Respondeável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0118111286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/01/2012		Patricia G. Carneiro
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	61,00	0,00			12/01/2012		Patricia G. Carneiro
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	61,00	0,00			12/01/2012		Patricia G. Carneiro
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
									156,00	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, a 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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2012 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2012 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012 [Assinatura] 53-Data, local e Assinatura da Empresa [Assinatura]

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

2-N₂48-02861-50-766

50-Dala, 1999 e Assistenza de Chirurgia-Estetica Solitaria

23/11/20

61-Dette, 1000000 Assinatura di Cirurgio Dentista
P3/11/20

52-Det. Hoff e Assistente do Beneficiário / Responsável

53-Da-8, kettin e Carimbo da Empresa

Patricia S. Carneiro

CRD 20624

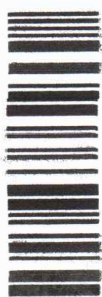
CPF 018.112.869-1

2.4

[illegible]

53-Dala; local: 5 Caminho da Empresa.

CPF 018.112.869-17



390348
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010 4-Data de Autorização 08/11/2010 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7935596 7-Data Validação de Seria 04/11/2011

8-Data de Brevetamento

9-Número da Carteira

10-Data de Validade da Carteira

11-Data de Validade da Carteira

12-Data de Validade da Carteira

13-Nome

14-Nome do titular do plano

15-Nome do titular do plano

16-Nome do titular do plano

17-Nome do titular do plano

18-Nome do titular do plano

19-Nome do titular do plano

20-Nome do titular do plano

21-Nome do titular do plano

22-Nome do titular do plano

23-Nome do titular do plano

24-Nome do titular do plano

25-Nome do titular do plano

26-Nome do titular do plano

27-Nome do titular do plano

28-Nome do titular do plano

29-Nome do titular do plano

30-Nome do titular do plano

31-Nome do titular do plano

32-Nome do titular do plano

33-Nome do titular do plano

34-Nome do titular do plano

35-Nome do titular do plano

36-Nome do titular do plano

37-Nome do titular do plano

38-Nome do titular do plano

39-Nome do titular do plano

40-Nome do titular do plano

41-Nome do titular do plano

42-Nome do titular do plano

43-Nome do titular do plano

44-Nome do titular do plano

45-Nome do titular do plano

46-Nome do titular do plano

47-Nome do titular do plano

48-Nome do titular do plano

49-Nome do titular do plano

50-Nome do titular do plano

51-Nome do titular do plano

52-Nome do titular do plano

53-Nome do titular do plano

54-Nome do titular do plano

CPF 018.182.869-17

Patricia G Carneiro

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

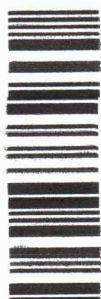
54-Data, local e Assinatura da Empresa

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4 1 0 0	10,00			09/11/2011		ALEX
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	10,00			09/11/2011		ALEX
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	10,00			09/11/2011		ALEX
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	10,00			09/11/2011		ALEX
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	10,00			09/11/2011		ALEX
6-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	10,00			16/11/2011		ALEX
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação



390362
INTERCÂMBIO

183-3 indica Para V2.3.0001

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010 4-Data de Autorização 08/11/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7935673 7-Data Validade da Santa 10/04/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025291635400000202 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FABIANE ANDREA GREIDANUS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALESSANDRA DA LUZ MARINHO 23/11/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALEX SANDRO RODRIGUES MARINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CIPR / CPF 018111286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fique	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100030			1	34,00	0,00			09/10/20		Alex
2-0	0	8400090			1	72,00	0,00			09/10/20		Alex
3-0	0	85100196			1	61,00	0,00			09/10/20		Alex
4-0	0	85100196			1	61,00	0,00			09/10/20		Alex
5-0	0	8400074			1	49,00	0,00			16/10/20		Alex
6-0	0	8400074			1	49,00	0,00			16/10/20		Alex
7-0	0	8400074			1	49,00	0,00			16/10/20		Alex
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dati P/visão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Tratamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
				375,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) 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 16/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2010 + ALEX 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



418960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 4-Data de Autorização 11/7/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8053458 7-Data Validade da Senha 11/1/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120251087510102780011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA GONCALVES DA ROSA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano VANESSA GONCALVES DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011811286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/7/11	20	Assinatura
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			11/7/11	20	Assinatura
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Faturamento
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-1-Total	2-Parcial	95,00					
46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$	49-Total Franchia / Co-participação R\$	50-Total Franchia / Co-participação R\$	51-Total Franchia / Co-participação R\$	52-Total Franchia / Co-participação R\$	53-Total Franchia / Co-participação R\$	54-Total Franchia / Co-participação R\$	55-Total Franchia / Co-participação R\$	56-Total Franchia / Co-participação R\$	57-Total Franchia / Co-participação R\$	58-Total Franchia / 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 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 11/7/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/7/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/7/11/2011 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 55-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 56-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 57-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 58-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 59-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 60-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 61-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 62-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 63-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 64-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 65-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 66-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 67-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 68-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 69-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 70-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 71-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 72-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 73-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 74-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 75-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 76-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 77-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 78-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 79-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 80-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 81-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 82-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 83-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 84-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 85-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 86-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 87-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 88-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 89-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 90-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 91-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 92-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 93-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 94-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 95-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 96-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 97-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 98-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 99-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011 100-Data, local e Assinatura da Empresa 11/7/11/2011

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17



417727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11/20	4-Data de Autorização 11/11/11/20	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047526	7-Data Validade da Serinha 11/01/02/11/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025108751002780002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
JOSE CARLOS VIEIRA DA ROSA

09/03/1977

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
VANESSA GONCALVES DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	18-Número no CRO 20624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10118112186917	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	23-Número no CRO 20624	24-UF PR	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO	27-Número no CRO 20624	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
1-0	0	810001030			1	34,00	0,00			11/11/20		
2-0	0	84000198			1	35,00	0,00			11/11/20		
3-0	0	84000198			1	35,00	0,00			11/11/20		
4-0	0	84000198			1	35,00	0,00			11/11/20		
5-0	0	84000198			1	35,00	0,00			11/11/20		
6-0	0	85100196			1	61,00	0,00			11/11/20		
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 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 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 20/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}410896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 03/11/2010 4-Data de Autorização 05/12/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8019866 7-Data Validade da Sentença 01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202519446400142501 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FRISIA COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RONI ALDO DA LUZ 05/12/1984 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RONI ALDO DA LUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01811286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO

26-Nome do Profissional Executante

PATRICIA GUIDO CARNEIRO

27-Número no CRO 20624

28-UF PR

29-Código CBO S

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100030				34,00	0,00					X RONI
2-0	0	8400019				35,00	0,00					X RONI
3-0	0	8400019				35,00	0,00					X RONI
4-0	0	8400019				35,00	0,00					X RONI
5-0	0	8400019				35,00	0,00					X RONI
6-0	0	8200085				73,00	0,00					X RONI
7-0	0	8100042				14,00	0,00					X RONI
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
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\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcela		261,00								

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

13/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/3/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/3/11/2010 X RONI

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Patricia G. Carneiro

CRO 20624

CPF 018.112.869-17

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 4-Data de Autorização 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8040876 7-Data Validade da Senha 10/08/12

416140 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025322050000103 9-Piano 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 JOAO LUCAS DE OLIVEIRA ROCHA 14-Telefone 26/06/2014 15-Nome do titular do plano TATIANA C P DE O ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0118111286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			11/11/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00			11/11/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51	V	1	61,00	0,00			11/11/20		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	61,00	0,00			11/11/20		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	255,00	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 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

410877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/3/11 4-Data de Autorização 10/4/11 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8019837 7-Data Validade da Seria 10/1/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253322050000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA LETICIA DE OLIVEIRA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16/07/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano TATIANA C P DE O ROCHA

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO

18-Número no CRO 20624 19-UF PR

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011811286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO

23-Número no CRO 20624 24-UF PR

25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO

27-Número no CRO 20624 28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rojão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/06/11		Patricia
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			10/06/11		Patricia
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			10/06/11		Patricia
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			10/06/11		Patricia
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			10/06/11		Patricia
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00			10/06/11		Patricia
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 235,00 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. 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 11/03/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/11

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.176.869-17



1-Registro: ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 20/11/2010 4-Data de Autorização 21/11/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7974320 7-Data Validade da Sanha 18/10/2011 399799 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário: 8-Nome da Carteira 000202519446400035401 9-Polígono POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FRISIA COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RUDIARD BARBOZA COSTA 14-Telefone 15-Endereço do titular do plano RUDIARD BARBOZA COSTA

Dados do Prestador: 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0118111286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CBO 8

26-Nome do Profissional Especialista PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 28-UF PR 29-Código CBO 8

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Descrição Regio	34-Figura	35-Cid	36-Quantidade UFS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAIE	1	1	10,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAIE	1	1	10,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAIE	1	1	10,00	0,00		S	23/11/2010		X Rudiard
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Realização Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Tratamento 46-Tipo de Atendimento 47-Tipo de Atendimento 48-Tipo de Atendimento 49-Tipo de Atendimento 50-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 02/11/2010 4-Data de Autorização 04/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8015584 7-Data Validade de Sanha 31/10/2011 409679 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250835000253801 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MADERO COMERCIO DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBSON JOSE PINHEIRO FRANCO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROBSON JOSE PINHEIRO FRANCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 18-Número no CRO 20624 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-RPID

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018111286917 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 23-Número no CRO 20624 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO 27-Número no CRO 20624 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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/11/2010		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			06/11/2010		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			06/11/2010		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			06/11/2010		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			06/11/2010		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			06/11/2010		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00			06/11/2010		
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MV	1	88,00	0,00			06/11/2010		
9-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			06/11/2010		
10-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00			06/11/2010		
11-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			06/11/2010		
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	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 Quantitativa US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
									485,00	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 11/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Patricia Q. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.122.869-77

2-4-2



Dados da Pesquisa:

B-Número da Carteira

卷之四

13-More

LUK DIBGO ARVVO DA SIL VA

Dados do Censo Brasileiro 1996 pelo Território

Z

21-Chester Co. Capers

107817

26-Normale der Professoren

PATRICIA GUIDO CARNEIRO

Plan de Tratamiento / Orientamientos Ejecutivos

30-Tabella 31-Codice di Procedimento

1-101011817101010101

2.0.0.8 1.4 1.0 0.1 0.1 1.0 1.0

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

8	-	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---

14-10101181410101011

10081410101112

with this purchase of

9-0000

7-101018151101011

1008110101

1890

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

1000

[Faint handwritten notes or bleed-through from the reverse side of the page.]

[illegible]

13

100

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

43-Dala Figs são Tóxicos ao Tratamento

Declaro, que após ter sido devidamente

confronta, quando q cresce

49-0264740-0

50-Data, 1991: A Assessment of Surgical-Dementia

1	+	1	1	2	5
---	---	---	---	---	---



395214
INTERCÂMBIO

épuisé

10

41 - Motivo da Gloriosa 42-As

20

20 y

--	--	--	--

[illegible]

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

20 x

[illegible]

三

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

--	--	--	--	--

11

48-Total Franquia / Co-participação

istente e arcar com os custos

o que assina esse movimento

...

James J. James

Atlicia Y. Carr

CRO 2002
1998

CPT 010.1...

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990858	7-Data Validade da Senha 21/01/2013	403627 INTERCÂMBIO
8-Data de Benefício		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SERRA VERDE TRANSPORTE	11-Data Validade da Carteira 11/03/2003	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEWIN DA CRUZ OLIVEIRA		14-Data de Solicitação Resposta pelo Tratamento 11/03/2003		15-Telefone	16-Nome do titular do plano JUAREZ MARCOS LOPES DE OLIVEIRA	17-Nome do Beneficiário PATRICIA GUIDO CARNEIRO
18-Atendimento a RV PATRICIA GUIDO CARNEIRO		19-Atendimento a RV PATRICIA GUIDO CARNEIRO		20-Atendimento no CRO 20624	21-UF PR	22-Código CBO E 025
23-Código da Operadora / CNPJ / CPF 0118111286817		24-Nome do Contratado Executante PATRICIA GUIDO CARNEIRO		25-Atendimento no CRO 20624	26-UF PR	27-Código CNES Faturar Empresa
28-Nome do Profissional Especialista PATRICIA GUIDO CARNEIRO		29-Número no CRO 20624		30-UF PR	31-Código CBO E	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Fração	35-Cid	36-Quantidade Util	37-Valor
1-0086000098	APARELHO ORTODONTICO	AS	1	1	72,00	5,26/10/20
2-0086000098	APARELHO ORTODONTICO	AI	1	1	72,00	5,26/10/20
3-0086000098						
4-0086000098						
5-0086000098						
6-0086000098						
7-0086000098						
8-0086000098						
9-0086000098						
10-0086000098						
11-0086000098						
12-0086000098						
13-0086000098						
14-0086000098						
15-0086000098						
43-Data Faturado Termino do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Citodonia 4-Urgência/Emergência						
46-Tipo de Faturamento						
47-Tipo de Faturamento						
48-Tipo de Faturamento						
49-Tipo de Faturamento						
50-Tipo de Faturamento						
51-Tipo de Faturamento						
52-Tipo de Faturamento						
53-Tipo de Faturamento						
54-Tipo de Faturamento						
55-Tipo de Faturamento						
56-Tipo de Faturamento						
57-Tipo de Faturamento						
58-Tipo de Faturamento						
59-Tipo de Faturamento						
60-Tipo de Faturamento						
61-Tipo de Faturamento						
62-Tipo de Faturamento						
63-Tipo de Faturamento						
64-Tipo de Faturamento						
65-Tipo de Faturamento						
66-Tipo de Faturamento						
67-Tipo de Faturamento						
68-Tipo de Faturamento						
69-Tipo de Faturamento						
70-Tipo de Faturamento						
71-Tipo de Faturamento						
72-Tipo de Faturamento						
73-Tipo de Faturamento						
74-Tipo de Faturamento						
75-Tipo de Faturamento						
76-Tipo de Faturamento						
77-Tipo de Faturamento						
78-Tipo de Faturamento						
79-Tipo de Faturamento						
80-Tipo de Faturamento						
81-Tipo de Faturamento						
82-Tipo de Faturamento						
83-Tipo de Faturamento						
84-Tipo de Faturamento						
85-Tipo de Faturamento						
86-Tipo de Faturamento						
87-Tipo de Faturamento						
88-Tipo de Faturamento						
89-Tipo de Faturamento						
90-Tipo de Faturamento						
91-Tipo de Faturamento						
92-Tipo de Faturamento						
93-Tipo de Faturamento						
94-Tipo de Faturamento						
95-Tipo de Faturamento						
96-Tipo de Faturamento						
97-Tipo de Faturamento						
98-Tipo de Faturamento						
99-Tipo de Faturamento						
100-Tipo de Faturamento						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendo-me a aceitar a execução do tratamento, comprometo-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-Operação

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

Patricia G. Carneiro

CRO 20624

CPF 018.148.860