

242



50-Caixa, local e Assinatura do Chefe do Departamento	51-Dia, local e Assinatura do Chefe do Departamento	52-Caixa, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Centro da Empresa
10/5/10/14/11/23 [Assinatura]	10/5/10/14/11/23 Dr. Hudson Beate [Assinatura] Cirurgião Dentista	10/5/10/14/11/23 Jorga Martins [Assinatura]	11/11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

JAIF



512219
INTERCAMBIO

1-Seguro ANS
409414

2-Dia de Emissão da Guia
13/01/03 12:11

3-Dia de Autenticação
05/04/12 11

4-Cidade
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
8438442

6-Código Verificador de Segurança
1281106121

7-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira

9-Pos Rede Prestadora

10-Estado

11-Cidade

12-Cidade

13-Cidade

14-Cidade

15-Cidade

16-Cidade

17-Cidade

18-Nome
VANDERLEI BOTTER MARTINS

19-Nome

20-Nome

21-Nome

22-Nome

23-Nome

24-Nome

25-Nome

26-Nome

27-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

28-Nome

29-Nome

30-Nome

31-Nome

32-Nome

33-Nome

34-Nome

35-Nome

36-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

37-Nome

38-Nome

39-Nome

40-Nome

41-Nome

42-Nome

43-Nome

44-Nome

45-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

46-Nome

47-Nome

48-Nome

49-Nome

50-Nome

51-Nome

52-Nome

53-Nome

54-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

55-Nome

56-Nome

57-Nome

58-Nome

59-Nome

60-Nome

61-Nome

62-Nome

63-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

64-Nome

65-Nome

66-Nome

67-Nome

68-Nome

69-Nome

70-Nome

71-Nome

72-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

73-Nome

74-Nome

75-Nome

76-Nome

77-Nome

78-Nome

79-Nome

80-Nome

81-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

82-Nome

83-Nome

84-Nome

85-Nome

86-Nome

87-Nome

88-Nome

89-Nome

90-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

91-Nome

92-Nome

93-Nome

94-Nome

95-Nome

96-Nome

97-Nome

98-Nome

99-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

100-Nome

101-Nome

102-Nome

103-Nome

104-Nome

105-Nome

106-Nome

107-Nome

108-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

109-Nome

110-Nome

111-Nome

112-Nome

113-Nome

114-Nome

115-Nome

116-Nome

117-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

118-Nome

119-Nome

120-Nome

121-Nome

122-Nome

123-Nome

124-Nome

125-Nome

126-Nome
HUDSON BETIATE DA CRUZ

127-Nome

128-Nome

129-Nome

130-Nome

131-Nome

132-Nome

133-Nome

134-Nome



3

UNO: 21-208



47

474747474747474747474747474747474747447447

4-2



INTERCĂMBIO

[illegible]

Dado do Controlado Responsável pelo Tratamento

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF	08194271959
22-Nome do Contratado/Endereço	HUDSON BETIATE DA CRUZ
23-Número do CRO	31954
24-UF	PR
25-Cidade	

HUDSON BETIATE DA CRUZ

Plano de Tratamento / Procedimentos Sólidos	
30-1-Itala	30-1-Itala
31-Cópia do Procedimento	32-Diagnóstico
33-Clareamento	34-Foto
35-Clareamento	36-Clareamento
37-Clareamento	38-Clareamento
39-Clareamento	40-Clareamento
41-Clareamento	42-Clareamento
43-Clareamento	44-Clareamento
45-Clareamento	46-Clareamento
47-Clareamento	48-Clareamento
49-Clareamento	50-Clareamento
51-Clareamento	52-Clareamento
53-Clareamento	54-Clareamento
55-Clareamento	56-Clareamento
57-Clareamento	58-Clareamento
59-Clareamento	60-Clareamento
61-Clareamento	62-Clareamento
63-Clareamento	64-Clareamento
65-Clareamento	66-Clareamento
67-Clareamento	68-Clareamento
69-Clareamento	70-Clareamento
71-Clareamento	72-Clareamento
73-Clareamento	74-Clareamento
75-Clareamento	76-Clareamento
77-Clareamento	78-Clareamento
79-Clareamento	80-Clareamento
81-Clareamento	82-Clareamento
83-Clareamento	84-Clareamento
85-Clareamento	86-Clareamento
87-Clareamento	88-Clareamento
89-Clareamento	90-Clareamento
91-Clareamento	92-Clareamento
93-Clareamento	94-Clareamento
95-Clareamento	96-Clareamento
97-Clareamento	98-Clareamento
99-Clareamento	100-Clareamento

[illegible][illegible]

49. Olsen et al. No

Dr. Hudson Betinatti

CS-020, local e Assessoria de Beneficência / Roupas para velar

CS-020m, local e Café da Empresa

[illegible]

[illegible]

Dr. Hudson Berrate
CIRURGILO DENTISTA
CRD. 31.954

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

535440
INTERCÂMBIO

5



_____Dami

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

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

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

[illegible]

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

1101

10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



516660
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 10/17/10 14/12/11		4-Data de Autorização 10/17/10 14/12/11		5-Série AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 8456869		7-Data Validade da Série 10/16/10 17/12/11	
8-Atividade da Clínica 10/10/2012 5/12/9 9/4/6 2/0/0 0/0/2 0/1		9-Endereço POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DEBORA CRISTINA SCANDOLARA		11-Data Validade da Clínica 10/10/2012 5/12/9 9/4/6 2/0/0 0/0/2 0/1		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DEBORA CRISTINA SCANDOLARA SMOLARECK											
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 22/06/1991											
16-Endereço a RN HUDSON BETIATE DA CRUZ											
17-Endereço do Profissional Solicitante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08194271959											
22-Endereço do Contruado Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
25-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
27-Numero no CNO 31954											
28-Numero no CNO 31954											
29-Numero no CNO 31954											
30-Numero no CNO 31954											
31-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
32-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
33-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
34-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
35-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
36-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
37-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
38-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
39-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
40-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
41-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
42-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
43-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
44-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
45-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
46-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
47-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
48-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
49-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
50-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
51-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
52-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
53-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
54-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
55-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
56-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
57-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
58-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
59-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
60-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
61-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
62-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
63-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
64-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
65-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
66-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
67-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
68-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
69-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
70-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
71-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
72-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
73-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
74-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
75-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
76-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
77-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
78-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
79-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
80-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
81-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
82-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
83-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
84-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
85-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
86-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
87-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
88-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
89-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
90-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
91-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
92-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
93-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
94-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
95-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
96-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
97-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
98-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
99-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											
100-Endereço do Profissional Escusante HUDSON BETIATE DA CRUZ											

PRO: 31.954

245

519881
INTERCÂMBIO

1008

41-Museo da China 42-Art

_____ 59

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

—

—

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

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

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

45-Tema Frangula / Coprescripc

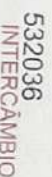
que assim esse documento

1000

1

1

244

Plano de Tratamiento / Profundizamientos Solicitados

49-Observing

תמונת ה"מחנה" (המחנה)

CIRURGIA DE ...

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

527607
INTERCÂMBIO12. Número do Cadastro Nacional de Saúde

15-Norma do título do plano
VILSON PEREIRA DOS SANTOS

025 - Faturar Empressa

23-Número no CRO 31954	24-UF PR	25-Código CNPq
---------------------------	-------------	----------------

27-Numero no CRO 31954	28-UF PR	29-Código CBO 3
---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[Signature]

1

1	1
---	---

1111111111participando a 5

os custos prev
documento, o

1000

--

7





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



517732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/7/10 14/12/11

4-Data de Autenticação
11/3/10 14/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8461044

7-Data Vencimento da Guia
10/6/10 17/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 1 1 7 5 4 0 0 1 1 1 7 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SINDICATO DOS SERVIDORES

11-Dados Vencidos da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TATIANE ALESSANDRINA DE CAMARGO DA SILVA

24/02/1986

15-Nome do titular do plano
TATIANE ALESSANDRINA DE CAMARGO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adm. Tratamento a RV
HUDSON BETIATE DA CRUZ

17-Nome do Profissional Responsável
HUDSON BETIATE DA CRUZ

18-Número no CRO
31954

19-UF
PR

20-Código CBO 3
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 8 1 9 4 2 7 1 9 5 9

22-Nome do Contratado Executante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

23-Número no CRO
31954

24-UF
PR

25-Código CBO 3
29-Código CBO 3

26-Nome do Profissional Executante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
0 0 8 1 0 0 0 3 0
32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente, Região
34-Fase
35-Cid
36-Quantidade US
3 4 0 0

37-Valor
0 0 0

38-Franchising / Participação RS
39-Aut
40-Dia da Realização
41-Nome da Clínica
42-Assinatura

43-Valor Total R\$
0 0 0

44-Valor Total R\$
0 0 0

45-Valor Total R\$
0 0 0

1- 0 0 8 1 0 0 0 3 0
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

43-Dados Previstos / Tratamento
44-Tipo de Abastecimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Valor Total R\$
49-Valor Total R\$

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

Assinatura do Beneficiário

50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

57-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
13/10/2011 12/11

24

CRO-PR 25,834

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 16/10/2010 4-Dia de Autocancelamento 12/11/2010 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8493128 7-Dia Vencido da Guia 15/10/2010 8-Valor da Guia 525970 INTERCÂMBIO

9-Nome do Paciente ARTHUR JOSE DE SOUZA 10-Idade 17 11-Sexo M 12-Data de Nascimento 17/10/2010 13-Endereço SINDICATO DOS SERVIDORES 14-Telefone 15-Nome do Laboratório DANIEL BRINGMANN 16-Nome do Profissional Responsável DANIEL BRINGMANN 17-Código do Profissional Responsável 025 - Faturar Empresa

18-Atendimento a PM HUDSON BETIATE DA CRUZ 19-Código de Operações CNO 31954 20-Código CBO 3 21-Código de Operações CNO 31954 22-Nome do Contador Específico HUDSON BETIATE DA CRUZ 23-Número no CNO 31954 24-Código CBO 3 25-Código CBO 3 26-UF PR 27-UF PR 28-UF PR 29-Código CBO 3 30-UF PR

30-7-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Preço	35-Qtde	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
3-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
4-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
5-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
6-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
7-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
8-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
9-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
10-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
11-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
12-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
13-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
14-0	0	8	4	0	0	0	9	0				
15-0	0	8	4	0	0	0	9	0				

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Atendimento Emergência 45-Data Realizada 46-Tipo de Faturamento 1-Tipos 2-Paralelo 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$ 50-Valor Total R\$ 51-Valor Total R\$ 52-Valor Total R\$ 53-Valor Total R\$ 54-Valor Total R\$ 55-Valor Total R\$ 56-Valor Total R\$ 57-Valor Total R\$ 58-Valor Total R\$ 59-Valor Total R\$ 60-Valor Total R\$ 61-Valor Total R\$ 62-Valor Total R\$ 63-Valor Total R\$ 64-Valor Total R\$ 65-Valor Total R\$ 66-Valor Total R\$ 67-Valor Total R\$ 68-Valor Total R\$ 69-Valor Total R\$ 70-Valor Total R\$ 71-Valor Total R\$ 72-Valor Total R\$ 73-Valor Total R\$ 74-Valor Total R\$ 75-Valor Total R\$ 76-Valor Total R\$ 77-Valor Total R\$ 78-Valor Total R\$ 79-Valor Total R\$ 80-Valor Total R\$ 81-Valor Total R\$ 82-Valor Total R\$ 83-Valor Total R\$ 84-Valor Total R\$ 85-Valor Total R\$ 86-Valor Total R\$ 87-Valor Total R\$ 88-Valor Total R\$ 89-Valor Total R\$ 90-Valor Total R\$ 91-Valor Total R\$ 92-Valor Total R\$ 93-Valor Total R\$ 94-Valor Total R\$ 95-Valor Total R\$ 96-Valor Total R\$ 97-Valor Total R\$ 98-Valor Total R\$ 99-Valor Total R\$ 100-Valor Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Social 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 do Profissional Contratado que assina este documento, os valores

Dr. Hudson Betiате
Cirurgião Dentista
CRD-31.984

Dr. Hudson Betiате
Cirurgião Dentista
CRD-31.984

Daniel Bringmann

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A



514962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Sede de Ensino da Guia
10/5/10/4/1/2/1

3-Data de Autuação
10/5/10/4/1/2/1

4-Série
AUTORIZADO

5-Endereço da Guia Principal
8449143

6-Data Validade da Série
10/4/10/17/1/2/1

7-Endereço da Clínica

8-Endereço da Clínica
10/0/2/0/2/5/2/7/9/2/3/4/0/0/0/0/1/0/3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DANIELLY DE OLIVEIRA

11-Endereço da Clínica
1/1/1/1/1/1

12-Endereço da Clínica Nacional de Saúde

13-Endereço
DAGMAR DE OLIVEIRA

18/02/1986

14-Endereço
DANIELLY DE OLIVEIRA

15-Endereço da Clínica
DANIELLY DE OLIVEIRA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Endereço do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

18-Código na Dependência / CNPJ / CPF
10/8/1/9/4/2/7/1/9/5/9

19-Endereço no CNPJ
31954

20-Código CNES
PR

21-Endereço no CNES
PR

22-Código CNES
PR

23-Código CNES
PR

24-Endereço do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

25-Endereço do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

30-Endereço	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Estado	35-Cidade	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Anc	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Atividade
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6	1,00	0	0	0	0	0
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6	1,00	0	0	0	0	0
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6	1,00	0	0	0	0	0
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6	1,00	0	0	0	0	0
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	6	1,00	0	0	0	0	0
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,00	0	0	0	0	0
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	6	1,00	0	0	0	0	0
8-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	32	D	1	6	1,00	0	0	0	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 Prescrição Termino do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Procedimento
46-Tipo de Procedimento
47-Tipo de Procedimento
48-Tipo de Procedimento
49-Tipo de Procedimento
50-Tipo de Procedimento
51-Tipo de Procedimento
52-Tipo de Procedimento
53-Tipo de Procedimento
54-Tipo de Procedimento
55-Tipo de Procedimento
56-Tipo de Procedimento
57-Tipo de Procedimento
58-Tipo de Procedimento
59-Tipo de Procedimento
60-Tipo de Procedimento
61-Tipo de Procedimento
62-Tipo de Procedimento
63-Tipo de Procedimento
64-Tipo de Procedimento
65-Tipo de Procedimento
66-Tipo de Procedimento
67-Tipo de Procedimento
68-Tipo de Procedimento
69-Tipo de Procedimento
70-Tipo de Procedimento
71-Tipo de Procedimento
72-Tipo de Procedimento
73-Tipo de Procedimento
74-Tipo de Procedimento
75-Tipo de Procedimento
76-Tipo de Procedimento
77-Tipo de Procedimento
78-Tipo de Procedimento
79-Tipo de Procedimento
80-Tipo de Procedimento
81-Tipo de Procedimento
82-Tipo de Procedimento
83-Tipo de Procedimento
84-Tipo de Procedimento
85-Tipo de Procedimento
86-Tipo de Procedimento
87-Tipo de Procedimento
88-Tipo de Procedimento
89-Tipo de Procedimento
90-Tipo de Procedimento
91-Tipo de Procedimento
92-Tipo de Procedimento
93-Tipo de Procedimento
94-Tipo de Procedimento
95-Tipo de Procedimento
96-Tipo de Procedimento
97-Tipo de Procedimento
98-Tipo de Procedimento
99-Tipo de Procedimento

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 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



517627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
400414

3-Dia de Emissão da Guia
10/12/10 14/12/11

4-Dia de Autorização
11/15/10 14/12/11

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8460674

7-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

8-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

9-Dia de Benefício

10-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

11-Dia de Autorização
11/15/10 14/12/11

12-Série
AUTORIZADO

13-Número da Guia Principal
8460674

14-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

15-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

16-Nome do Paciente
MARLENE DE FATIMA PAGANOTTO

17-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

18-Série
AUTORIZADO

19-Número da Guia Principal
8460674

20-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

21-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

22-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

23-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

24-Série
AUTORIZADO

25-Número da Guia Principal
8460674

26-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

27-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

28-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

29-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

30-Série
AUTORIZADO

31-Número da Guia Principal
8460674

32-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

33-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

34-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

35-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

36-Série
AUTORIZADO

37-Número da Guia Principal
8460674

38-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

39-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

40-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

41-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

42-Série
AUTORIZADO

43-Número da Guia Principal
8460674

44-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

45-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

46-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

47-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

48-Série
AUTORIZADO

49-Número da Guia Principal
8460674

50-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

51-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

52-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

53-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

54-Série
AUTORIZADO

55-Número da Guia Principal
8460674

56-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

57-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

58-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

59-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

60-Série
AUTORIZADO

61-Número da Guia Principal
8460674

62-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

63-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

64-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

65-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

66-Série
AUTORIZADO

67-Número da Guia Principal
8460674

68-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

69-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

70-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

71-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

72-Série
AUTORIZADO

73-Número da Guia Principal
8460674

74-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

75-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

76-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

77-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

78-Série
AUTORIZADO

79-Número da Guia Principal
8460674

80-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

81-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

82-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

83-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

84-Série
AUTORIZADO

85-Número da Guia Principal
8460674

86-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

87-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

88-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

89-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

90-Série
AUTORIZADO

91-Número da Guia Principal
8460674

92-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

93-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

94-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

95-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

96-Série
AUTORIZADO

97-Número da Guia Principal
8460674

98-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

99-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

100-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

101-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

102-Série
AUTORIZADO

103-Número da Guia Principal
8460674

104-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

105-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

106-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

107-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

108-Série
AUTORIZADO

109-Número da Guia Principal
8460674

110-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

111-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

112-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

113-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

114-Série
AUTORIZADO

115-Número da Guia Principal
8460674

116-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

117-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

118-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

119-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

120-Série
AUTORIZADO

121-Número da Guia Principal
8460674

122-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

123-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

124-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

125-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

126-Série
AUTORIZADO

127-Número da Guia Principal
8460674

128-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

129-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

130-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

131-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

132-Série
AUTORIZADO

133-Número da Guia Principal
8460674

134-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

135-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

136-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

137-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

138-Série
AUTORIZADO

139-Número da Guia Principal
8460674

140-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

141-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

142-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

143-Dia de Emissão da Guia
10/16/10 17/12/11

144-Série
AUTORIZADO

145-Número da Guia Principal
8460674

146-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

147-Dia Validação da Guia
10/16/10 17/12/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



520920
INTERCÂMBIO

1-Região: ANS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
11/2/04/12/11

4-Dados de Autenticação
115/04/211

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Endereço da Guia Principal
8473207

7-Dados de Validade da Sentença
11/1/07/12/11

8-Endereço do Beneficiário

9-Endereço do Beneficiário
00020253528060000303

10-Endereço do Beneficiário
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço do Beneficiário
RZ COMERCIO DE PECAS E

12-Endereço do Beneficiário
11/1/07/12/11

13-Endereço do Beneficiário
12-Maturo da Guia Nacional de Saúde

14-Nome
PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA GEMERKE

24/03/2006

15-Endereço do Beneficiário
JAMES FERNANDO RECH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço do Beneficiário
HUDSON BETIATE DA CRUZ

17-Endereço do Beneficiário
31954

PR

025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / ONP / CNP
08194271959

22-Nome do Contratado Excludente
HUDSON BETIATE DA CRUZ

23-Endereço do Beneficiário
31954

PR

25-Código CNES
26-Código CBO 3

20-Nome do Profissional Excludente
HUDSON BETIATE DA CRUZ

27-Endereço do Beneficiário
31954

PR

28-Código CBO 3

30-Endereço do Beneficiário

31-Código do Procedimento

32-Duração

33-Duração Regida

34-Fee

35-CBO

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia Co-Participação R\$

39-Valor

40-Dados de Realização

41-Maturo da Guia

42-Atividade

43-Endereço do Beneficiário

44-Endereço do Beneficiário

45-Endereço do Beneficiário

46-Endereço do Beneficiário

47-Endereço do Beneficiário

48-Endereço do Beneficiário

49-Endereço do Beneficiário

1-000810003000
CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

3-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

4-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

5-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

6-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

7-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

8-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

9-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

10-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

11-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

12-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

13-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

14-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

15-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

16-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

17-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

18-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

19-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

20-000840001980
PROFILAXIA: POLIMENTO

50-Dados de Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/04/2004
Dr. Hudson Betiate
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954

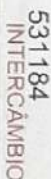
51-Dados de Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/04/2004
Dr. Hudson Betiate
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954

52-Dados de Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/04/2004
James Fernando Rech
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954

53-Dados de Assinatura do Beneficiário
15/04/2004
James Fernando Rech
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954

54-Dados de Assinatura do Beneficiário
15/04/2004
James Fernando Rech
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954

55-Dados de Assinatura do Beneficiário
15/04/2004
James Fernando Rech
CHIRURGIA DENTISTIA
CRO: 31.954



Rendimento da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 1 6 3 6 0 0 0 0 0 1 0 1	B-Plano POS-REDE PRESTADORA	R-Empresas DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cidade Várzea da Cachoeira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

ALESSANDRO PICININI	19/12/1984	() () () () () + + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + + ALESSANDRO PICININI
----------------------------	------------	--	---

Atos do Conselho Municipal de Trânsito 6. Matriculamento a RPN N	17. Nome do Profissional Solicitante HUDSON BETATE DA CRUZ	18. Abaixo no CNP 31954	19. UF PR	20. Cadastro CNP 3 025 - Faltou Empresa
---	---	--	--------------------------------	--

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contribuinte Enquadrado	23-Número no CNIO	24-UF	25-Código CIES
10 8 1 9 4 2 7 1 9 5 9	HUDSON BETATE DA CRUZ	31954	PR	
26-Nome do Profissional Enquadrado		27-Número no CNIO	28-UF	29-Código CBO 3
HUDSON BETATE DA CRUZ		31954	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	
30- Tachib	33- Doris/Rogio
31- Colapso do Procedimento	34- Freno
32- Doradção	35- Quid
	36- Q. Amistade US
	37- Nibir
	38- Francaia/Compensação R\$
	39- Aut
	40- Data de Realização
	41- Movimento da Caixa 42- Assinatura

CONSULTA ODONTOLÓGICA

[illegible][illegible][illegible]

7.

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	

[illegible][illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os propósitos, naturezas, custos e alternativas do tratamento, compreendendo e cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os cuidados previstos e controlados, Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 devidos, considerando-me a parte com os custos cobrados em conformidade.

Referências do trabalho realizado, comprometendo o aluno com o curso e com a profissão

☒	Nome do Autor: Václav Běláček	Assinatura: 
☒	Local de Assinatura: Associação dos Dançarinos e Bailarinos do Rio de Janeiro	Assinatura: 
☐	Local de Assinatura: Associação dos Dançarinos e Bailarinos do Rio de Janeiro	Assinatura: 

[illegible]

QRO: 31,954



42

1-Relatório ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	10/8/10 4/12 1
4-Data de Autocrépo	11/2/10 4/12 1
5-Sentença	AUTORIZADO
6-Número da Guia Privada	8461696
7-Data Validade da Sentença	10/7/10 7/12 1

5-Número de Câmara 0 0 2 1 0 2 5 1 0 8 6 3 8 0 0 0 0 0 1 0 1	6-Princ POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Validação da Câmara /	12-Número do Cartão
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------

13-Memoria	05/11/1963
14-Tabela	
15-Memoria do Usuário do Jogo	

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento		15-Apresentando a RN	
17- Nome do Prestador do Serviço		18-Número no CNPJ	
HUDSON BETIATE DA CRUZ		31954	
N		19-UF	
		PR	
		20-Código CAD 3	
		025 -	
		Faturar Empresa	

21-Código na Opemdata / CNPJ / CNP	22-Nome do Contribuinte Exatente	23-Numero do CRO	24-JUF	25-Código CHES
08194271959	HUDSON BETATE DA CRUZ	31954	PR	

25-Nome do Professor(a) Expediente	27-Número no CHD	28-UF	29-Código CBO 3
HUDSON BETIATE DA CRUZ	31954	PR	

30-Tabaco	31-Código do Procedimento	32-Despesa	33-Dermatologia	34-Fígado	35-Cérvix	36-Quadril e joelho	37-Válvula	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Mat.	40-Código do Resultado	41-Motivo da Dené-
-----------	---------------------------	------------	-----------------	-----------	-----------	---------------------	------------	--------------------------------	---------	------------------------	--------------------

[illegible]

4.

[illegible]

01

“

12

[illegible]

43-Duas Preenchido Término do Tratamento	44-1- de Aquecimento
☐ 1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Orbitocênica 4-Urgência/Emergência	☐ 1: Total 2: Parcial
☐ 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 0-0	☐ 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 0-0
☐ 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 0-0	☐ 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 0-0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conheço o teor da presente autorização, a qual é outorgada e assinada por mim, o/la(s) paciente(s) e/ou responsável legal(mente), de livre e espontânea vontade, sem qualquer tipo de coação, ameaça ou influência indevida, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, e autorizo a realização do procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (informar tratamento) 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 honorários de honorários, mediante apresentação de comprovante de pagamento.

ACCEPTED MANUSCRIPT

49-Contingency

151-Dados locais e Assinatura do Chefe de Departamento	152-Dados locais e Assinatura do Chefe de Departamento	153-Dados locais e Assinatura do Chefe de Departamento
--	--	--

50-Cala local e Asfaltaria do Cuiabá-Oficina Unio
12/10/21
12/10/21
CIRURGIA DENTARIA
CIRURGIA DENTARIA
12/10/21
12/10/21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º

521425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8475251	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 000202523450600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JUCINEIDE DE BARROS FEITOSA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO FERREIRA REBOUCAS		14-Telefone 26/10/1960	15-Nome do titular do plano JUCINEIDE DE BARROS FEITOSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HUDSON BETIATE DA CRUZ	18-Número no CRO 31954	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Código CBO S Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08194271959	23-Nome do Contratado Executante HUDSON BETIATE DA CRUZ	24-Número no CRO 31954	25-UF PR	26-Código CBO S	
27-Nome do Profissional Executante HUDSON BETIATE DA CRUZ		28-Número no CRO 31954	29-UF PR	30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-1-Indicador	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente Região	35-Fase	36-Quantidade US
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00
3-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00
4-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00
5-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH	1	35,00
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Ant					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término de Tratamento					
44-Tipo de Assinamento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Total Faturado / 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 Campo de Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-97

517124
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Direito da Entidade da Cruz 0 7 1 0 4 1 2 1	3-Direito de Autorização 0 7 1 0 4 1 2 1	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8458375	6-Data Validade da Sentença 0 6 1 0 7 1 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Registro da Entidade 0 0 2 0 2 5 3 1 1 7 5 4 0 0 2 4 9 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade do Contrato / /
13-Nome RODRIGO DE ALMEIDA SOUZA		14-Data de Nascimento 07/02/1979		15-Nome do titular do plano MARLI RAFAEL DE ALMEIDA SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a Rb N		17-Nome do Profissional Solicitante HUDSON BETIATE DA CRUZ		18-Número no CRO 31954	19-Lic PR
21-Código de Ocorrência / CNPJ / CNP 0 8 1 9 4 2 7 1 9 5 9		22-Nome do Contratado Responsável HUDSON BETIATE DA CRUZ		23-Número no CRO 31954	24-Lic PR
25-Nome do Profissional Contratado HUDSON BETIATE DA CRUZ		26-Número no CRO 31954		27-Lic PR	28-Código CBO 3
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Faixa	35-Qtd
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1
2	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1
3	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1
4	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1
5	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1
6	0 0 1 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO		25	1
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Solic	42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /

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

45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 50,7100

47-Valor Total R\$: 10,1000

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,0000

Declaro, que após ler todo devidamente esclarecimento 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), foram realizados com meu consentimento a 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 10/12/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/12/2014 Dr. Hudson Betiate	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário/Responsável 10/12/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



499150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
15/10/2013

4-Data de Autenticação
15/10/2013

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8386671

7-Data Validade da Guia
13/10/2013

8-Data Validade da Guia
13/10/2013

9-Data Validade da Guia
13/10/2013

10-Número da Carteira
101202531175400041804

11-Tipo
POS REDE PRESTADORA

12-Empresa
SINDICATO DOS SERVIDORES

13-Data Validade da Carteira
11/11/11

14-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome
CAMILA BATISTA DE OLIVEIRA

16-Data de Tratamento
21/05/1996

17-Data Validade da Carteira
ADENILSA EVA BATISTA

18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19-Atividade do Profissional Solicitante
THAINA MATTOS DE OLIVEIRA

20-Número no CRO
25834

21-UF
PR

22-Código CBO S
025

23-UF
PR

24-Código CNES
25834

25-Código CBO S
25834

26-UF
PR

27-Código CBO S
25834

28-Código na Operadora / CNPJ / CPF
07791648903

29-Nome do Contratado Responsável
THAINA MATTOS DE OLIVEIRA

30-Número no CRO
25834

31-UF
PR

32-Código CNES
25834

33-Código CBO S
25834

34-UF
PR

35-Código CBO S
25834

36-Nome do Profissional Solicitante
THAINA MATTOS DE OLIVEIRA

37-Número no CRO
25834

38-UF
PR

39-Código CNES
25834

40-Código CBO S
25834

41-UF
PR

42-Código CBO S
25834

43-UF
PR

44-Código CBO S
25834

45-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

46-Tabela 31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

47-Quantidade
1

48-Valor
34,00

49-Valor
34,00

50-Valor
34,00

51-Valor
34,00

52-Valor
34,00

53-Valor
34,00

54-Valor
34,00

55-Valor
34,00

56-Valor
34,00

57-Valor
34,00

58-Valor
34,00

59-Valor
34,00

60-Valor
34,00

61-Valor
34,00

62-Valor
34,00

63-Valor
34,00

64-Valor
34,00

65-Valor
34,00

66-Valor
34,00

67-Valor
34,00

68-Valor
34,00

69-Valor
34,00

70-Valor
34,00

71-Valor
34,00

72-Valor
34,00

73-Valor
34,00

74-Valor
34,00

75-Valor
34,00

76-Valor
34,00

77-Valor
34,00

78-Valor
34,00

79-Valor
34,00

80-Valor
34,00

81-Valor
34,00

82-Valor
34,00

83-Valor
34,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Médico

Assinatura do Dentista

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Cirurgião Dentista -
Cirurgião - Dentista

CRO-PR 25.834

24

527608
INTERCÂMBIOTANIA DE ALMEIDA PRADO PICCOPRdo tratamento, comprometendo-o a

7

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



527609
INTERCÂMBIO

1-Região ANS
400414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/04/12/11

4-Data de Autuação
12/01/04/12/11

5-Status
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8498470

7-Data Vencida da Guia
11/01/07/12/11

Dados do Beneficiário

8-Nome do Centro
010121012151311171514101015101710131

9-Fluxo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SINDICATO DOS SERVIDORES

11-Data Vencida da Guia
11/01/07/12/11

12-Data de Cadastro Nacional da Saúde

13-Nome
ARTHUR PRADO PICCO

14-Idade
11

15-Nome do titular do plano
TANIA DE ALMEIDA PRADO PICCO

Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a NV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

18-Número no CRO
31954

19-UF
PR

20-Código CRO S
025 -

21-Número no CRO
31954

22-UF
PR

23-Código na Operadora / CNOJ / CPE
0108119141217119151911

24-Nome do Controlado Enunciado
HUDSON BETIATE DA CRUZ

25-Número no CRO
31954

26-UF
PR

27-Código CRO S
025 -

28-Número no CRO
31954

29-UF
PR

30-Nome do Profissional Enunciado
HUDSON BETIATE DA CRUZ

31-Número no CRO
31954

32-UF
PR

33-Código CRO S
025 -

34-Número no CRO
31954

35-UF
PR

36-Nome do Profissional Solicitante

37-Número no CRO
31954

38-UF
PR

39-Código CRO S
025 -

40-Número no CRO
31954

41-UF
PR

38-Data de Término do Tratamento

39-Data de Término do Tratamento

40-Data de Término do Tratamento

41-Data de Término do Tratamento

42-Data de Término do Tratamento

43-Data de Término do Tratamento

44-Data de Término do Tratamento

45-Data de Término do Tratamento

46-Data de Término do Tratamento

47-Data de Término do Tratamento

48-Data de Término do Tratamento

49-Data de Término do Tratamento

50-Data de Término do Tratamento

51-Data de Término do Tratamento

52-Data de Término do Tratamento

53-Data de Término do Tratamento

54-Data de Término do Tratamento

55-Data de Término do Tratamento

56-Data de Término do Tratamento

57-Data de Término do Tratamento

58-Data de Término do Tratamento

59-Data de Término do Tratamento

60-Data de Término do Tratamento

61-Data de Término do Tratamento

62-Data de Término do Tratamento

63-Data de Término do Tratamento

64-Data de Término do Tratamento

65-Data de Término do Tratamento

66-Data de Término do Tratamento

67-Data de Término do Tratamento

68-Data de Término do Tratamento

69-Data de Término do Tratamento

70-Data de Término do Tratamento

71-Data de Término do Tratamento

72-Data de Término do Tratamento

73-Data de Término do Tratamento

74-Data de Término do Tratamento

75-Data de Término do Tratamento

76-Data de Término do Tratamento

77-Data de Término do Tratamento

78-Data de Término do Tratamento

79-Data de Término do Tratamento

80-Data de Término do Tratamento

81-Data de Término do Tratamento

82-Data de Término do Tratamento

83-Data de Término do Tratamento

84-Data de Término do Tratamento

85-Data de Término do Tratamento

86-Data de Término do Tratamento

87-Data de Término do Tratamento

88-Data de Término do Tratamento

89-Data de Término do Tratamento

90-Data de Término do Tratamento

91-Data de Término do Tratamento

92-Data de Término do Tratamento

93-Data de Término do Tratamento

94-Data de Término do Tratamento

95-Data de Término do Tratamento

96-Data de Término do Tratamento

97-Data de Término do Tratamento

98-Data de Término do Tratamento

99-Data de Término do Tratamento

100-Data de Término do Tratamento

101-Data de Término do Tratamento

102-Data de Término do Tratamento

103-Data de Término do Tratamento

104-Data de Término do Tratamento

105-Data de Término do Tratamento

106-Data de Término do Tratamento

107-Data de Término do Tratamento

108-Data de Término do Tratamento

109-Data de Término do Tratamento

110-Data de Término do Tratamento

111-Data de Término do Tratamento

112-Data de Término do Tratamento

113-Data de Término do Tratamento

114-Data de Término do Tratamento

115-Data de Término do Tratamento

116-Data de Término do Tratamento

117-Data de Término do Tratamento

118-Data de Término do Tratamento

119-Data de Término do Tratamento

120-Data de Término do Tratamento

121-Data de Término do Tratamento

122-Data de Término do Tratamento

123-Data de Término do Tratamento

124-Data de Término do Tratamento

125-Data de Término do Tratamento

126-Data de Término do Tratamento

127-Data de Término do Tratamento

128-Data de Término do Tratamento

129-Data de Término do Tratamento

130-Data de Término do Tratamento

131-Data de Término do Tratamento

132-Data de Término do Tratamento

133-Data de Término do Tratamento

134-Data de Término do Tratamento

135-Data de Término do Tratamento

136-Data de Término do Tratamento

137-Data de Término do Tratamento

138-Data de Término do Tratamento

139-Data de Término do Tratamento

140-Data de Término do Tratamento

141-Data de Término do Tratamento

142-Data de Término do Tratamento

143-Data de Término do Tratamento

144-Data de Término do Tratamento

145-Data de Término do Tratamento

146-Data de Término do Tratamento

147-Data de Término do Tratamento

148-Data de Término do Tratamento

149-Data de Término do Tratamento

150-Data de Término do Tratamento

151-Data de Término do Tratamento

152-Data de Término do Tratamento

153-Data de Término do Tratamento

154-Data de Término do Tratamento

155-Data de Término do Tratamento

156-Data de Término do Tratamento

157-Data de Término do Tratamento

158-Data de Término do Tratamento

159-Data de Término do Tratamento

160-Data de Término do Tratamento

161-Data de Término do Tratamento

162-Data de Término do Tratamento

163-Data de Término do Tratamento

164-Data de Término do Tratamento

165-Data de Término do Tratamento

166-Data de Término do Tratamento

167-Data de Término do Tratamento

168-Data de Término do Tratamento

169-Data de Término do Tratamento

170-Data de Término do Tratamento

Dr. Hudson Betiate

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/04/12/11

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/04/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/04/12/11

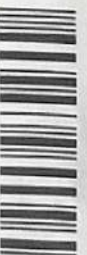
53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/01/04/12/11

54-Data, local e Assinatura da Empresa
12/01/04/12/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



502751
INTERCÂMBIO

1- Registro ABO 4068414	3- Data de Emissão da Guia 18/10/2011	4- Data de Autorização 23/10/2011	5- Sessão AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8400216	7- Data Vencida da Sessão 18/10/2011	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8- Número da Carteira 001202153354020000010103	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa CLAUDETE TERRES RODRIGUES	11- Data Vencida da Carteira 11/11/11			
13- Nome ADENILSON CALDAS BORGES						
14- Data Vencida da Guia 12/02/1974						
15- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento HUDSON BETIATE DA CRUZ						
16- Atendimento a BN N						
17- Nome do Profissional Societário HUDSON BETIATE DA CRUZ						
18- Nome do Profissional Especialista HUDSON BETIATE DA CRUZ						
19- Número no CRO 31954						
20- Número no CRO 31954						
21- Número no CRO 31954						
22- UF PR						
23- Código CRO S 025 -						
24- Código CRO S 025 -						
25- Código CRO S 025 -						
26- Código CRO S 025 -						
27- Código CRO S 025 -						
28- Código CRO S 025 -						
29- Código CRO S 025 -						
30- Código CRO S 025 -						
31- Código CRO S 025 -						
32- Código CRO S 025 -						
33- Código CRO S 025 -						
34- Código CRO S 025 -						
35- Código CRO S 025 -						
36- Código CRO S 025 -						
37- Código CRO S 025 -						
38- Código CRO S 025 -						
39- Código CRO S 025 -						
40- Código CRO S 025 -						
41- Código CRO S 025 -						
42- Código CRO S 025 -						
43- Código CRO S 025 -						
44- Código CRO S 025 -						
45- Código CRO S 025 -						
46- Código CRO S 025 -						
47- Código CRO S 025 -						
48- Código CRO S 025 -						
49- Código CRO S 025 -						
50- Código CRO S 025 -						
51- Código CRO S 025 -						
52- Código CRO S 025 -						
53- Código CRO S 025 -						
54- Código CRO S 025 -						
55- Código CRO S 025 -						
56- Código CRO S 025 -						
57- Código CRO S 025 -						
58- Código CRO S 025 -						
59- Código CRO S 025 -						
60- Código CRO S 025 -						
61- Código CRO S 025 -						
62- Código CRO S 025 -						
63- Código CRO S 025 -						
64- Código CRO S 025 -						
65- Código CRO S 025 -						
66- Código CRO S 025 -						
67- Código CRO S 025 -						
68- Código CRO S 025 -						
69- Código CRO S 025 -						
70- Código CRO S 025 -						
71- Código CRO S 025 -						
72- Código CRO S 025 -						
73- Código CRO S 025 -						
74- Código CRO S 025 -						
75- Código CRO S 025 -						
76- Código CRO S 025 -						
77- Código CRO S 025 -						
78- Código CRO S 025 -						
79- Código CRO S 025 -						
80- Código CRO S 025 -						
81- Código CRO S 025 -						
82- Código CRO S 025 -						
83- Código CRO S 025 -						
84- Código CRO S 025 -						
85- Código CRO S 025 -						
86- Código CRO S 025 -						
87- Código CRO S 025 -						
88- Código CRO S 025 -						
89- Código CRO S 025 -						
90- Código CRO S 025 -						
91- Código CRO S 025 -						
92- Código CRO S 025 -						
93- Código CRO S 025 -						
94- Código CRO S 025 -						
95- Código CRO S 025 -						
96- Código CRO S 025 -						
97- Código CRO S 025 -						
98- Código CRO S 025 -						
99- Código CRO S 025 -						
100- Código CRO S 025 -						

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário
23/10/2011

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/10/2011

Dr. Hudson Betiate
DENTISTA DENTISTA

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
23/10/2011

53- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

54- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

55- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

56- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

57- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

58- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

59- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

60- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

61- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

62- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

63- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

64- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

65- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

66- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

67- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

68- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

69- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

70- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

71- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

72- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

73- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

74- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

75- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

76- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

77- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

78- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

79- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

80- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

81- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

82- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

83- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

84- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

85- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

86- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

87- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

88- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

89- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

90- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

91- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

92- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

93- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

94- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

95- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

96- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

97- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

98- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

99- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

100- Data, local e Assinatura da Empresa
23/10/2011

CRO: 31.954

42



Journal of Management Inquiry 22(1)

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, monitoro e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a ficar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (X) (procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s)), () (ou/outra(s) modalidade(s) com meu consentimento e de forma assistida). Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratador que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a ficar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Gata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S
210/1024/1211

51-Data, local e Assinatura do Chirurgião

Dr. Hudson Bennett
COLLEGE DENTIST

52-Datu, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO: 31.954



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



518981
INTERCÂMBIO

Registo NMS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/09/2009 14:21

4-Dia de Autorização
10/09/2009 14:21

5-Cópia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8465969

7-Dia Validade da Guia
10/08/2010 17:21

Dados do Beneficiário

8-Nome do Paciente
00020253018350000000000000003

9-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SOLANGE JAINE DE LIMA

11-Dia Validade da Carteira
10/09/2009 14:21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOAO ANTONIO BREGOLATO MARTIND

25/02/2009

14-Nome do titular do plano
SOLANGE JAINE DE LIMA HABITZREUTER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
N

16-Nome do Profissional Solicitante
HUDSON BETIATE DA CRUZ

17-Número no CRO
31954

18-UF
PR

19-Código CBO 5
025 -

20-Valor Empresa
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
008194271959

22-Nome do Contratado Excludente
HUDSON BETIATE DA CRUZ

23-Número no CRO
31954

24-UF
PR

25-Código CBO 3
28-UF
PR

26-Nome do Profissional Excludente
HUDSON BETIATE DA CRUZ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Fraco	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	0,00			
2-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,20	0,00	0,00	0,00			
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Dia Prescrito Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Exame Radiológico	46-Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$	49-Taxa Franquia / Co-participação R\$	50-Taxa Franquia / Co-participação R\$	51-Taxa Franquia / Co-participação R\$	52-Taxa Franquia / Co-participação R\$	53-Taxa Franquia / Co-participação R\$	54-Taxa Franquia / Co-participação R\$	55-Taxa Franquia / Co-participação R\$

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

Assinatura do Paciente

50-Dia, local e Assinatura do Contratado Responsável

51-Dia, local e Assinatura do Contratado Responsável

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

527603
INTERCÂMBIO[illegible][illegible]

30-1-Label	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quem Realizou	34-Firma	35-Qntd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Taxa	39-Taxa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Mês da Data	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8				
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8				
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8				
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8				
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

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

12/01/2012 11:21:11

35-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/01/2012 11:21:11

37-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/01/2012 11:21:11

39-Data, local e Currence do Emprego

12/01/2012 11:21:11

43-Data Prevista Término do Tratamento

12/01/2012 11:21:11

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Estomatologia

45-Tipo de Pagamento

1-Total 2-Parcela

46-Total Quantidade US

1.740,00

47-Valor Total R\$

1.010,00

48-Total Franquia / Coparticipação R\$

1.010,00

Declaração, que após ser sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assinante 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.

Assinatura

515452
INTERCÂMBIO

Tráfego AMS	406414	05/10/21	05/10/21	5-Sentia	8451379	04/10/21
AUTORIZADO						

0	0	2	0	2	5	3	1	9	8	2	5	0	0	0	0	1	0	1
Número da Carteira																		
SUFINCO																		
POS REDE PRESTADORA																		
IUC-empresa																		
DENTAL UNI COOPERATIVA																		
						L L / L L / L L						L L / L L / L L						
17-Cidade/Vila/distrito da Carteira																		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																		

MARLON CAMILO RIBEIRO	(L)
MARLON CAMILO RIBEIRO	L - L L L L L

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
N	HUDSON BETATE DA CRUZ	31954	PR		

21-Código na Operação (Ope)/Cof	018194271959
22-Nome do Contribuinte Emplante	HUDSON BETIATE DA CRUZ
23-Número CRO	31954
24-UF	PR
25-Código CNES	

25-Nome do Profissional Regulante HUDSON BETIATE DA CRUZ	27-Número no CRO 31954	28-UF PR	29-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible][illegible]

01

6

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

Handwriting practice lines for the letter 'l'. The first row shows the letter 'l' written on a set of three horizontal lines (top, middle, bottom). The second row shows the letter 'l' written on a set of three horizontal lines, with the letter 'l' written on the middle line. The third row shows the letter 'l' written on a set of three horizontal lines, with the letter 'l' written on the middle line.

[illegible]

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Total Faturação Co-participação R\$	46-Total Quilômetros US	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Total 2º Especial
15			3400	0,00		

[illegible]

16. O(s) signatário(s) declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a partir da assinatura, a ser utilizado(s) para a obtenção de informações referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Sigla, local e Cerrito da Empresa

10/5/10/12/11/211	10/5/10/12/11/211	10/5/10/12/11/211	10/5/10/12/11/211
50-Dia, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50-Dia, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50-Dia, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50-Dia, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>


 C. R. O. : 31.964
 C. R. O. : 31.964