



2-N

436388
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 08/11/2020	4-Dia de Autorização 12/12/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8125351	7-Código Verificador do Sistema 08/03/21
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

9-Número da Carteira 0 0 2 0 2 2 5 2 4 7 1 3 9 0 0 0 1 0 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PORMADE PORTAS DE MADEIRAS	11-Dado Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Camião
---	--------------------------------	--	---	---------------------

13-Name WILMAR PERICH	14-Telephone () -	15-Residence (no student no parents) WILMAR PERICH
14/05/1995		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alinhamento à RV N	17-Atividade do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA
18-Número do CRO 30197	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	06540136919
22-Nome do Contratado Exatante	BARBARA STACHERA
23-Número no CRO	30197
24-U.F	PR
25-Código CINES	Enviar - RX (0) 85100200

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CBO 30197	28-U/F PR	29-Código CBO S
---	----------------------------------	---------------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Densidade/Regrão	34- Freq	35- CM	36- Quantidade US	37- Valor	38- Aut	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cessa	42- Assinatura
1-0,0	18,5,1,0,0,2,0,0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1,							

☐ 43-Sota Previsto	Tamanho do Tratamento
☒ 44-Tipo de Atendimento	
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onde-dona 4-Urgência/Emergência	
☐ 45-Tipo de Faturamento	
☐ 1-Total 2-Parcial	
☐ 46-Total Quantidade US\$	
☐ 47-Maior Total R\$	
☐ 48-Total Franquia / Coparciação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alienações de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e 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.

48 Olanrewaju

50-Dala, local e Assinatura do Curingo-Dentista Solicitante	01/11/11
51-Dala, local e Assinatura do Curingo-Dentista	01/11/11
52-Dala, local e Assinatura do Banetecidivo / Responsável	01/11/11
53-Dala, local e Curingo na Empresa	11/11/11



2-N-



IN I ENCYCLIC

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Entrega da Guia 07/01/21	4-Dia de Autorização 1/1/1/1	5-Semra AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8178955	7-Dia Válido da Semra 07/04/21
--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

449493
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 4 7 1 3 9 0 0 0 1 0 0 0 1																		
9- Plano	POS REDE PRESTADORA																		
10- Empresa	PORMADE PORTAS DE MADEIRAS																		
11- Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td> <td>/</td><td>/</td><td>/</td> <td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> </table>										/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/											
12- Número do Cartão Nacional de Saúde																			

[illegible]

16-Admilitante a RN	17-Nome do Profissional Societário	18-Memoria no CRO	19-UF	20-Código CRO S
N	BARBARA STACHERA	30197	PR	025 -

21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	0 6 5 4 0 1 3 6 9 1 9
22 - Nome do Contratado Excludente	BARBARA STACHERA
23 - Número no CNO	30197
24 - UF	PR
25 - Código CNES	

26-Nome do Profissional Excedente	27-Número no CRO	28-Código CBO S
BARBARA STACHERA	30197	P R

[illegible][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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

44-Tipo de Abastecimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total \$	
48-Total Fornecedores / Contratos concluídos	82

[illegible]

06/19) com o novo comprometimento e se houve 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 ou responsável legal: _____

Assinatura do profissional contratado: _____

Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	06/11/2017
Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	06/11/2017
Data local e Assinatura do Farmacêutico / Responsável	06/11/2017
Data local e Carimbo da Empresa	06/11/2017

[illegible]