

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



410502
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/3/11 11/210	4-Data de Autorização / /	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 410502	7-Data Validade da Semeta 01/10/21/211
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 000202533272800000101		
9-Nome ADRIANE MELO			10-Plano POS REDE PRESTADORA		
11-Data Validade do Contrato 06/02/1986			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Plano de Tratamento Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento e RN ROBERTO ROCCO TEXEIRA			17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 035819110926			22-Nome do Contratado Estudante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		
26-Nome do Profissional Escrutante ROBERTO ROCCO TEXEIRA			27-Número no CRO 12817		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			28-Número no CRO 12817		
30-Tabela 1-0 0 8 1 0 0 0 0 4 9			32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		
2-1 0 0 8 5 1 0 0 0 5 6			33-Dentista Registo 35-CIUF 1 1		
3-1			34-F-axe 36-Quantidade US 3 4 0 0		
4-1			37-Valor 0 0 0 0		
5-1			38-Franquia/Co-participação R\$ N/A		
6-1			39-Aut 03/11/21		
7-1			40-Data de Realização 03/11/21		
8-1			41-Motivo da Doença Estomatopatia		
9-1			42-Assinatura		
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Prevista Término do Tratamento 03/11/21			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Falamento 1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 4 2 0 0		
47-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial			48-Total Quantidade US 4 2 0 0		
49-Total Franquia / Co-participação R\$ 72.788,899/10001,911			50-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 efetuar o pagamento do profissional assistente e 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 assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Cirurgião Dentista

ADRIANE MELO
Beneficiária

AV. Garibaldi Nº 1428 Sala 07 esse documento, os valores

CEP: 85.861-550 - Vila residencial A

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional 03/11/21
---	---	---	---



freqüência para não ser

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



413560
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/06/11
 4-Data de Autorização
 5-Será Pendente de Liberação
 6-Número da Guia Principal 413560
 7-Dia Validade da Guia 04/02/11

8-Número da Carteira 100202519152900011502
 9-Nome do Titular do Plano ENZO GABRIEL HARA
 10-Data Validade da Carteira
 11-Nome do Titular do Plano VANDA FONSECA MILANESE

12-Endereço do Beneficiário
 13-Endereço do Profissional Solicitante
 14-Endereço do Profissional Solicitante
 15-Endereço do Profissional Solicitante
 16-Endereço do Profissional Solicitante
 17-Endereço do Profissional Solicitante
 18-Endereço do Profissional Solicitante
 19-Endereço do Profissional Solicitante
 20-Endereço do Profissional Solicitante
 21-Endereço do Profissional Solicitante
 22-Endereço do Profissional Solicitante
 23-Endereço do Profissional Solicitante
 24-Endereço do Profissional Solicitante
 25-Endereço do Profissional Solicitante
 26-Endereço do Profissional Solicitante
 27-Endereço do Profissional Solicitante
 28-Endereço do Profissional Solicitante
 29-Endereço do Profissional Solicitante
 30-Endereço do Profissional Solicitante
 31-Endereço do Profissional Solicitante
 32-Endereço do Profissional Solicitante
 33-Endereço do Profissional Solicitante
 34-Endereço do Profissional Solicitante
 35-Endereço do Profissional Solicitante
 36-Endereço do Profissional Solicitante
 37-Endereço do Profissional Solicitante
 38-Endereço do Profissional Solicitante
 39-Endereço do Profissional Solicitante
 40-Endereço do Profissional Solicitante
 41-Endereço do Profissional Solicitante
 42-Endereço do Profissional Solicitante

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 22-Nome do Contratado Exatidão
 23-Número no CRO
 24-Número no CRO
 25-Código CIES
 26-Nome do Profissional Exatidão
 27-Número no CRO
 28-UF
 29-Código CRO S
 30-Código CRO S
 31-Código CRO S
 32-Código CRO S
 33-Código CRO S
 34-Código CRO S
 35-Código CRO S
 36-Código CRO S
 37-Código CRO S
 38-Código CRO S
 39-Código CRO S
 40-Código CRO S
 41-Código CRO S
 42-Código CRO S

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Densidade/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/06/11		[Assinatura]
2	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,00	0,00			10/06/11		[Assinatura]
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Término do Tratamento 10/06/11
 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Ortodonzia 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 42,00
 47-Valor Total R\$ 522,788,89
 48-Valor Total R\$ 522,788,89
 49-Valor Total R\$ 522,788,89
 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 Profissional Solicitante
 54-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 55-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 56-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 57-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 58-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 59-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 60-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 61-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 62-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 63-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 64-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 65-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 66-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 67-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 68-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 69-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 70-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 71-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 72-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 73-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 74-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 75-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 76-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 77-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 78-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 79-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 80-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 81-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 82-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 83-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 84-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 85-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 86-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 87-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 88-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 89-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 90-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 91-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 92-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 93-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 94-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 95-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 96-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 97-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 98-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 99-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante
 100-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante

Av. Garibaldi Nº 428 sala 01
 Foz do Iguaçu - PR



Revista OdontoLife para você viver

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



413958
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão de Guia 07/11/2012
 4-Data de AutORIZAÇÃO
 5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6-Número de Guia Principal 413958
 7-Data Validade de Guia 05/10/21/12/11

Dados do Beneficiário
 8-Nome do Condutor EDUARDO MATEUS Puhl DA ROSA
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Data Validade da Carteira
 11-Nome do Titular do Plano EDUARDO MATEUS Puhl DA ROSA
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 13-Nome EDUARDO MATEUS Puhl DA ROSA
 14-Data de Nascimento a/RN
 15-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 16-Data de Nascimento a/RN
 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 18-Número no CRO 12817
 19-UF PR
 20-Código CRO S 025 -
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926
 22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23-Número no CRO 12817
 24-UF PR
 25-Código CNES
 26-Número no CRO 12817
 27-UF PR
 28-Código CRO S

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fev	35-Ciul	36-Quantidade US	37-Antes	38-Franquia/Co-participação RS	39-Ant	40-Data de Realização	41-Molho de Guia	42-Assinatura
1-0	081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				07/11/2012		Guaracá
2-0	085100056	CURATIVO DE DEMORA EM		1	1	8,00				07/11/2012		Guaracá
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-Data Prevista Término de Tratamento 07/11/2012
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Data de Realizamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 42,00
 47-Total Franquia / Co-participação RS 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação RS 0,00
 49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar o valor de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) 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 a FOLHA contra, ao profissional responsável, conforme anexo documental, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CEP: 85.861-550 - VIA Presidente Prudente

For de Iguaçu - PR

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2012
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/9/11 11/20 4-Dia de Autorização 11/11/11 11/20 5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número de Guia Principal 415009 7-Dia Validade de Guia 10/7/10 21/21

415009
INTERCÂMBIO



8-Número da Carteira 100202533310100000103 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 11/20 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 14/11/1983 13-Nome FRANKLIN LORENTINO BRESOLIN 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MANUELA SILVA DOS SANTOS BRESOLIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV ROBERTO ROCCO TEXEIRA 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA 18-Número no CRO 12817 19-UF PR 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / DNOJ / CPF 03581910926 22-Nome do Contratado Escalante ROBERTO ROCCO TEXEIRA 23-Número no CRO 12817 24-UF PR 25-Código CNEB 26-Nome do Profissional Escalante ROBERTO ROCCO TEXEIRA 27-Número no CRO 12817 28-UF PR 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Mofo de Class	42-Assinatura
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	09/11/20	2	PR	
2-00	85100056	CURATIVO DE DEMORA EM	16	1	1	8,10	0,00	0,00	09/11/20	2	PR	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 09/11/20 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 Quantidade US 42,10 47-UF PR 48-Cidade Curitiba 49-Endereço Rua 1428 sala 01 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 53-Data local e Carimbo da Empresa 09/11/20

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a realização do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Cirurgião Dentista CPF: PR 1981



Facilitadora para você agir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



415582
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/2011
 4-Data de Autorização
 5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6-Número da Guia Principal 415582
 7-Data Validade da Guia 08/10/21/12/11

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 0102102153321021600001011011
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Data Validade da Carteira
 11-Número de Cartão Nacional de Saúde
 12-Número do titular do plano KARINE BIGATON DOS SANTOS

Dados do Prestador Responsável pelo Tratamento
 13-Nome KARINE BIGATON DOS SANTOS
 28/05/1986
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano KARINE BIGATON DOS SANTOS
 16-Aprendizado a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 18-Número no CRO 12817
 19-Uf PR
 20-Código CBO S 025 -
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926
 22-Nome do Contrato Exatidão ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23-Número no CRO 12817
 24-Uf PR
 25-Código CBO S
 26-Nome do Profissional Exatidão ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 27-Número no CRO 12817
 28-Uf PR
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Estado	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	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	134,00	0,00			11/01/2011		KARINE B.
2-00	852000034	TRATAMENTO EM			11	8,10	0,00			11/01/2011		KARINE B.
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2011
 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 Quantitativa US 42,10
 47-Valor Realizado em R\$ 10,19
 48-Valor a Receber em R\$ 31,91
 49-Ciudadano

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 obrigações do profissional solicitante em 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 livre e espontânea vontade. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional solicitante, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011 Karine B. Santos
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2011 Karine B. Santos
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 Karine B. Santos
 53-Data, local e Endereço da Empresa 11/01/2011

Faz do iguaçu - PR
 CEP: 85.801-100



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011
 4-Data de Autorização
 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6-Número da Guia Principal 415638
 7-Data Validade da Sentença 10/08/2012

8-Número da Carteira 01021025101031340101411011
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa SINDIFISC SINDEMPCONSORDFISC
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNA CAROLINA COUTINHO
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do Plano BRUNA CAROLINA COUTINHO

16-Administradora de Saúde ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 18-UF PR
 19-UF PR
 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0351819110926
 22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23-Número no CRO 12817
 24-UF PR
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 27-Número no CRO 12817
 28-UF PR
 29-Código CBO S

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

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Recusa	42-Assinatura
1-010	811000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,14	0,00			10/01/2011		
2-010	815100056	CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,10	0,00			10/01/2011		
3-010												
4-010												
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/2011
 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Cronológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente, desde que 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, e/ou em nome e por minha conta, o(s) procedimento(s) acima descrito(s) e/ou o(s) procedimentos necessários para a realização do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora
 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 Canto da Empresa

49-Operadora
 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 Canto da Empresa

49-Operadora
 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 Canto da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/11/11 12 00
 4-Cidade de Autorização
 5-Súmula PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6-Número da Guia Principal 416064
 7-Data Validade da Súmula 10/8/10 12/12/11

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 1 9 2 1 0 0 0 0 0 1 0 1
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAULO RICARDO DO NASCIMENTO GUERRA
 31/05/1997
 14-Data Validade da Carteira
 15-Nome do Titular do plano PAULO RICARDO DO NASCIMENTO GUERRA

16-Administradora a RN ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 17-Número do Profissional Solicitante
 18-Número no CRO 12817
 19-UF PR
 20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03518191109126
 22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23-Número no CRO 12817
 24-UF PR
 25-Código CINES
 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 27-Número no CRO 12817
 28-UF PR
 29-Código CBO S

30-Índice	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	1811001049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	10/11/2011	Paulo	
2-010	8511001056	CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,00	0,00		N	10/11/2011	Paulo	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições do profissional assistente e a pagar 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 responsável pelo tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Cláusula de Rescisão
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 55-Data, local e Carimbo da Empresa

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 57-Data, local e Carimbo da Empresa

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 59-Data, local e Carimbo da Empresa

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 61-Data, local e Carimbo da Empresa

62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 63-Data, local e Carimbo da Empresa

64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 65-Data, local e Carimbo da Empresa

66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 67-Data, local e Carimbo da Empresa

68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 69-Data, local e Carimbo da Empresa

70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 71-Data, local e Carimbo da Empresa

72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 73-Data, local e Carimbo da Empresa

74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 75-Data, local e Carimbo da Empresa

76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 77-Data, local e Carimbo da Empresa

78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 79-Data, local e Carimbo da Empresa

80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 81-Data, local e Carimbo da Empresa

82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e Responsável
 83-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



422111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 11/12/10
 4-Data de Autorização
 5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6-Número da Guia Principal 422111
 7-Data Validade da Guia 11/06/10 21/12/11

8-Número da Carteira 10/01/2012 13/03/09 17/07/00 00/01/10 11/01/11
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIO TEIXEIRA DO AMARAL JUNIOR
 24/07/1989
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano MARIO TEIXEIRA DO AMARAL JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Affiliamento a RN ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 18-Número no CRO 12817
 19-UF PR
 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1035819110926
 22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23-Número no CRO 12817
 24-UF PR
 25-Código CBO S
 26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 27-Número no CRO 12817
 28-UF PR
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-T Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão 42-Assinatura
1-0	01811000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	13,4	10,00			11/08/11	[Assinatura]
2-0	01851000156	CURATIVO DE DEMORA EM			11	8,0	0,00			11/08/11	[Assinatura]
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Datas Previstas Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento
 1- Total 2- Parcial
 46-Total Quantidade US 142,00
 47-Valor Total R\$ 22.788,89
 48-Valor Total R\$ 22.788,89
 49-Observação: Foz do Iguaçu - PR

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Responsável/Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421947
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Dia de Emissão da Guia 11/8/11/11/210

4-Data de Autorização

5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal 421947

7-Dia Validade da Guia 11/6/10/21/211

8-Número do Carteira 0002025328640000101012

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade do Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VITOR EMANUEL VIEIRA DA SILVA GARCIA

31/05/2012

14-Telefone

15-Nome do titular do Plano ISAIMS DE SOUZA

16-Atendimento a RN

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

18-Número no CRD 12817

19-UF PR

20-Código CBO S

21-Código CBO S

22-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

22-Nome do Contratado Exauriente

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

23-Número no CRD 12817

24-UF PR

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Número no CRD 12817

28-UF PR

29-Nome do Profissional Exauriente

ROBERTO ROCCO TEXEIRA

30-Tabela 31-Código do Procedimento

1-0001810001049 CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Observação CURATIVO DE DEMORA EM

33-Dentista/Roulo 65

34-Face 1

35-Cid 314100

36-Quantidade US 8100

37-Valor 01010

2-00018511001056

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut 40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante

44-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

3-1

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantitativa US

47-Característica C-participação R\$

48-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Data local e Assinatura de Empresa

4-1

50-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

51-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura de Empresa

5-1

54-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

55-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

56-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data local e Assinatura de Empresa

6-1

58-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

59-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

60-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data local e Assinatura de Empresa

7-1

62-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

63-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

64-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data local e Assinatura de Empresa

8-1

66-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

67-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

68-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data local e Assinatura de Empresa

9-1

70-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

71-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

72-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data local e Assinatura de Empresa

10-1

74-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

75-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

76-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data local e Assinatura de Empresa

11-1

78-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

79-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

80-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data local e Assinatura de Empresa

12-1

82-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

83-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

84-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data local e Assinatura de Empresa

13-1

86-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

87-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

88-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data local e Assinatura de Empresa

14-1

90-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

91-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

92-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data local e Assinatura de Empresa

15-1

94-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

95-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

96-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data local e Assinatura de Empresa

DECLARO, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar os valores devidos em conformidade com o 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 assistente e/ou com os custos previstos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Profissional Solicitante: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura do Beneficiário / Responsável: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Empresa: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

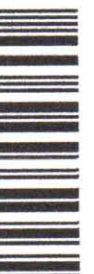
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA

Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA
Assinatura de Cirurgião-Dentista: ROBERTO ROCCO TEXEIRA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AN



421958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dados de Emissão do Guia
11/8/11/11/20

4-Data de Autorização
/ / / / /

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número de Guia Principal
421958

7-Data Validade da Guia
11/6/10/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão
10020252949670000108

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
LA MAMMA BALENA LTDA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / / / /

13-Nome
ALINE BALENA GOMES

14-Telefone
10/09/1990

15-Nome do titular do plano
BARBARA BALENA GOMES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Adscrição a RN
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

18-Número no CRO
12817

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF
03581910926

22-Nome do Contratado Executante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

23-Número no CRO
12817

24-UF
PR

25-Código CNEB
/ / / / /

26-Nome do Profissional Executante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

27-Número no CRO
12817

28-UF
PR

29-Código CBO S
/ / / / /

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-CiD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-0	1000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	134	100						
2-1	085100056	CURATIVO DE DEMORA EM		1	8	100						
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

22.788.899/0004-971
 CLÍNICA DE ODONTOLÓGIA E INTERCÂMBIO
 FRENHA QUINZE DE ODONTOLÓGIA E INTERCÂMBIO
 Avenida... sala 01

43-Data Previsão Término do Tratamento
 14-Tipo de Atendimento
 1-Tratamento Odonológico
 2-Exame Radiológico
 3-Ortodontia
 4-Urgência/Emergência
 5-Tipo de Faturamento
 1-Total
 2-Parcial
 3-Total
 4-Quantidade US
 5-Valor Total R\$
 6-Valor Total R\$
 7-Valor Total R\$
 8-Valor Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo de Empresa

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

FOR DA IGUALDADE



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/11/2101

4-Data de Autorização
/ / / /

5-Sinistro
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
424549

7-Data Validade do Sinistro
11/9/10/21/211

424549
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira
100210215311482101001101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PEDRO PAULO AMANCIO DE ANDRADE

12/01/1996

15-Nome do titular do plano
PEDRO PAULO AMANCIO DE ANDRADE

Declaro de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

18-Atendimento no CRO
12817

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CUP/J / CPF
0358191109126

22-Nome do Contratado Escrutante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

23-Número no CRO
12817

24-UF
PR

25-Código CNEC

26-Nome do Profissional Escrutante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

27-Número no CRO
12817

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/C-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motor da Guia	42-Assinatura
1	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	134,00	0,00			12/11/2011		Roberto Rocco Teixeira
2	008510056	CURATIVO DE DEMORA EM			11	8,00	0,00			12/11/2011		Roberto Rocco Teixeira
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento
12/11/11/2011

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

45-Tipo de Pagamento
 1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
42,00

47-Valor Total R\$
R\$ 42,00

48-Total Franquia/Participação R\$
R\$ 0,00

49-Observação
TEREZA CLAUDIA DE OROZUELA ENDRICHOTIEN
122.788.899/0001-911
FOR DO IGUAÇU

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 obrigações do profissional assistente e pagar, em os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (autoriza realizado) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, do profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2011 Roberto Rocco Teixeira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2011 Roberto Rocco Teixeira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2011 Pedro Paulo Amancio de Andrade

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/11/2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



429997
INTERCÂMBIO

1- Número ANS 406414
 3- Data de Emissão da Guia 12/8/11/12/0
 4- Data de Autorização
 5- Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO
 6- Número da Guia Principal 429997
 7- Data Validade da Sentença 12/6/10/2/12/11
 8- Número do Cadastro Nacional de Saúde

Dados do Paciente
 9- Número da Carteira 10002102131361215210001011011
 13- Nome GISLAINE FERREIRA DE CRISTO
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Nome do titular do plano GISLAINE FERREIRA DE CRISTO
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16- Alinhamento a PR ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 17- Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 18- Número no CRO 12817
 19- UF PR
 20- Código CBO S 025 -
 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 103158191100926
 22- Nome do Contratado Exequente ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 23- Número no CRO 12817
 24- UF PR
 25- Código CNES
 26- Nome do Profissional Exequente ROBERTO ROCCO TEXEIRA
 27- Número no CRO 12817
 28- UF PR
 29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fee	35- Cnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-010	8110010419	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	134,00			12/11/2011		<i>Roberto Rocco Texeira</i>
2-001	8151000516	CURATIVO DE DEMORA EM	14		1	8,00	8,00			12/11/2011		<i>Roberto Rocco Texeira</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

722.788.89910001-57
 FRENTE ODONTOLÓGICA INTERCÂMBIO

43- Data Prevista Término do Tratamento 25/11/2011
 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Ordinário 2- Exame Radiológico 3- Odontia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US 42,10
 47- Valor Total em R\$ 1019,80
 48- Valor em R\$ 1019,80
 49- Observação

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 e o profissional assinante a ficar 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 o valor profissional contratado que assina expressamente os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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 Responsável
 54- Data local e Assinatura do Profissional Assinante

Cirurgião Dentista
 Roberto R. Texeira

CEP: 85.861-550
 Foz do Iguaçu - Paraná