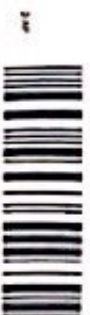


GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

2-N

464122
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

vicaribus

ReAlm
dentista
Cirurgia PR
0797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Dados do Beneficiário

13-Nome	FRANCIELE FARY DE LIMA
14-Telefone	(11) 1111-1111
15-Endereço do titular do Plano	JESSIKA FERREIRA FARY

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,10,0	10,10,0	Silvia Zambella				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$
 61,10,0 10,10,0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 orientações do profissional assistente a acatar com os casos previstos antes e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores estabelecidos no tratamento realizado, comprometendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 17/10/2011 Ricardo Ricardo	51-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista 17/10/2011 Ricardo Ricardo	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2011 X Simone de Souza de Almeida	53-Dia, local e Campo de Empresa 17/10/2011
--	---	--	--

Dr. Ricardo Ricardo
Cirurgião Dentista
CRD 29197 PR



467483
INTERCÂMBIO

Benquidise para você sorrir

1-Registro AAS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 02/02/2011	4-Data de Autorização 02/02/2011	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257957	7-Data Validade da Semina 03/03/2011
--------------------------	--	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252688682000075011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
MARCIO CRUZ DE SOUZA

31/03/1968

15-Nome do titular do plano
MARCIO CRUZ DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Anciamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 073642469519	22-Nome do Contratado Especiente RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Especiente
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	17300	0000	504,00	504,00				Mais
2-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	7300	0000	504,00	504,00				Mais
3-00000000000												
4-00000000000												
5-00000000000												
6-00000000000												
7-00000000000												
8-00000000000												
9-00000000000												
10-00000000000												
11-00000000000												
12-00000000000												
13-00000000000												
14-00000000000												
15-00000000000												

43-Dados do Paciente - Dente do Tratamento 05/03/2011	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 Quantidades US 146,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

50-Dados da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/02/2011 Dr. Ricardo	51-Dados da Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/2011 Dr. Ricardo	52-Dados da Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/2011 Marcos	53-Dados da Assinatura e Carimbo da Empresa 04/02/2011	54-Valor Total R\$ 10,00	55-Data de Realização 04/02/2011	56-Motivo da Oclus Cirurgia Dentária	57-CRO CRO 29797
--	--	---	---	-----------------------------	-------------------------------------	---	---------------------

Concludi da



421747
INTERCÂMBIO

Dr. Renato Ricciarini
Cirurgia Dentista
CRP 29797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 408414 3-Dia de Emissão da Guia 16/10/2016 4-Data de Autorização 16/10/2016 5-Semte AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8301014 7-Data Validade da Semte 17/10/2016 477586 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202012533674700010014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARCOS VINICIUS BORGES PERIM 25/03/2015 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARCOS ROSELEI PERIM

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 073642146959 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-CUI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134	00			17/10/2016		Renata Louze da Silva Ricardo
2-0	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		172	00			17/10/2016		Renata Louze da Silva Ricardo
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 Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Embraxia 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 110600 47-Valor Total R\$ 10000 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000

Declaração, 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 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(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2016 Renata Louze da Silva Ricardo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2016 Renata Louze da Silva Ricardo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2016 Marcia B. 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2016 DRA. Renata Louze da Silva Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

470452
INTERCÂMBIO

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

JESSIKA FERREIRA FARY

025 -
Faturar Empresa

23-Número no CRO
29797

27-Número no CRO
29797

Quantidade US	Quantidade	Preço	Receita	Receita Média	Receita Marginal
1	1	10	10	10	10
2	2	8	16	8	8
3	3	6	18	6	6
4	4	4	16	4	4
5	5	2	10	2	2
6	6	0	0	0	0

$$\frac{1}{10} \sqrt{10}$$

11

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

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

ב.ר.נ.ל.

[illegible]

1-Total 2-Parcial

05/02/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Região ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 2/2/02/2/2/1	3-Data de Autorização 2/2/02/2/2/1	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8316175	6-Data Validade da Guia 12/3/05/2/2/1
------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

7-Data de Realização 06/03/2001	8-Data de Emissão da Guia 2/2/02/2/2/1	9-Data de Autorização 2/2/02/2/2/1	10-Data de Realização 06/03/2001	11-Data Validade da Guia 12/3/05/2/2/1	12-Data de Realização 06/03/2001
------------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------------------

13-Plano JOAO VITOR DE SOUZA ALVES	14-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Plano MUNICÍPIO DE ANTONINA	16-Plano MARCIO CRUZ DE SOUZA
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

17-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	19-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	20-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	21-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	22-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	23-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	24-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	35-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	36-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	37-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	38-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	39-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	40-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	41-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	42-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	43-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	44-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	45-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	46-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	47-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	48-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	49-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	50-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

51-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	52-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	53-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	54-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	55-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	56-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	57-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	58-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	59-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	60-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	61-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	62-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	63-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	64-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	65-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	66-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	67-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	68-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	69-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	70-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	71-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	72-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	73-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	74-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	75-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	76-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	77-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	78-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	79-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	80-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	81-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	82-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	83-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	84-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	85-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	86-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	87-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	88-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	89-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	90-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	91-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	92-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	93-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	94-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	95-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	96-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	97-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	98-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	99-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	100-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

91-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	92-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	93-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	94-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	95-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	96-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	97-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	98-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	99-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	100-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406814 3-Data de Emissão da Guia 11/02/21 4-Data de Autorização 16/02/21 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8301028 7-Data Validade da Santa 17/05/21 477608 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário: IASMIM ADRIELLY BORGES PERIM

9-Data de Nascimento: 26/07/2004

10-Endereço: POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira: 11/11/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 477608

Dados do Contato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH: N

17-Nome do Profissional Solicitante: RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07361424619519

22-Nome do Contato Especialista: RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

23-Número no CRO: 29797

24-UF: PR

25-Código CNES: 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante: RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

27-Número no CRO: 29797

28-UF: PR

29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	08101001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
2-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
3-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
4-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
5-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
6-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
7-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
8-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
9-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
10-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
11-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
12-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
13-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
14-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo
15-0	08401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	13,5	10,0			11/02/21		Renata Louze da Silva Ricardo

43-Data Previsto Término do Tratamento: 11/02/21

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

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

46-Total Quantidade US: 1174,00

47-Valor Total R\$: 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Direita Solução: 11/02/21 Direta Ricardo

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Direita: 11/02/21 Direta Ricardo

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/02/21 x Condutor B

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 11/02/21

54-Data, local e Carimbo da Empresa: 11/02/21

55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

56-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

57-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

58-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

59-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

60-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

61-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

62-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

63-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

64-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

65-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

66-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

67-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

68-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

69-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

70-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

71-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

72-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

73-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

74-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

75-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

76-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

77-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

78-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

79-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

80-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

81-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

82-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

83-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

84-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

85-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

86-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

87-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

88-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

89-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

90-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

91-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

92-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

93-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

94-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

95-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

96-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

97-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

98-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

99-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

100-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: 11/02/21 Renata Louze da Silva Ricardo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2012 4-Data de Autorização 10/04/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8269917 7-Data Validade da Guia 10/05/2015 470340 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021012151216181210101011710131 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIGUEL FELTZ DO CARMO AVILA 05/04/2014 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CRISTIANE FELTZ DO CARMO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959 22-Nome do Contratado Específico RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Frete	35-QR	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Ativo da Realização	42-Assinatura
1-010185110101916		RESTAURAÇÃO RESINA	54	0	1	61,00	0,00	51041021211				Cristiane Felly
2-1												
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-Data Previsto Término do Tratamento 10/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 161,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (valor em 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 10/04/2012 Jucileia Duarte 51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista 10/04/2012 Jucileia Duarte 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/04/2012 Cristiane Felly 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/04/2012 DPA: Renato Cirurgião Dentista CRO 29797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x



477558
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 11/01/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8300928 7-Data Validade da Santa 11/12/2015 12-1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125336747000010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E 11-Data Validade da Carteira 12-1 13-Nome do Beneficiário MARCOS ROSELEI PERIM 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARCOS ROSELEI PERIM 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCOS ROSELEI PERIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101713161421461915191 22-Nome do Contratado Esclarecido RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S

RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	18100100651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	0,00			11/01/2012		
2-000	18140010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/01/2012		
3-000	18140010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/01/2012		
4-000	18140010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/01/2012		
5-000	18140010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/01/2012		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012, Rio de Janeiro, Ricardo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012, Rio de Janeiro, Ricardo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012, Rio de Janeiro, Marcos Roselei Perim 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012, Rio de Janeiro, CRO 29797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/10 2/12/11 4-Dia de Autorização 10/05/10 2/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8271346 7-Dia Validade da Guia 10/06/10 05/12/11 470657 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020202526682000200101013 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HERON MAURICIO MIGUEL TAVARES 28/01/2004 14-Telefone () 9844111512 15-Nome do Titular do plano THAIS PEREIRA MAURICIO

16-Abandono a RV 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 007364246959 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-CD	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método de Classe	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/05/10	2/12/11	
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/05/10	2/12/11	
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/05/10	2/12/11	
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/05/10	2/12/11	
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			10/05/10	2/12/11	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Prescrito Tempo do Tratamento 44-Tipo de Abandono 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Taxa 2-Previdência 46-Taxa Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Taxa Franquia / Co-participação R\$

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

16-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2011 Renata Louze da Silva Ricardo 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2011 Renata Louze da Silva Ricardo 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2011 Thaís Pereira Maurício 53-Dia, local e Endereço da Empresa 05/10/2011 2/11 Dr. Renata R. Cardozo Cirurgista Dentista CRO 29797/PR

2-N^o457173
INTERCÂMBIO457173
INTERCÂMBIO

1

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

41- Motivo da Classe 42- Assinatura

25

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	37	

三三三

[illegible]

— — — — —

E	E	E
E	E	E
E	E	E
E	E	E

— — — — —

E E E

E E E

E E E

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]

Donato R. Carr

Dr. Renata Ricatti
Cirurgiã Dentista
CRD 29797/PR

11

478143

17) *Aspergillus* and *Candida* represent the dominant

GERSON FERREIRA CRUZ**Faktor Entpreis**

PR	
----	--

01 - Marketing the Chinese e2 Advertising

— *finches*

11

3

1

1000

1111

5000

111111

—

11

1111

5000

and Parnicki, 1997; Parnicki, 1998; Parnicki et al., 1998).

This is a work from the collection of

0

1992-1993

297

10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8293002	7-Data Validade da Guia 11/12/15
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 0002025327494000001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 475355 INTERCAMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome CARLOS EDUARDO DOS SANTOS		14-Data de Nascimento 25/12/1973		15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DOS SANTOS	
16-Endereço do Responsável pelo Tratamento 16-Endereço a RUI RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-UF PR	
21-Código de Operador / CNPJ / CPF 007364246959		22-Nome do Contratado Especialista RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CNO 29797	
24-Nome do Profissional Especialista RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		25-Número no CNO 29797		26-UF PR	
27-Número no CNO 29797		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-1-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fases	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-000	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
6-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35	0,00	0,00		PR	11/10/2011	R\$	Carlos
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência	1-1-Total 2-Franchisa	1174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2011 Curitiba - PR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011 Curitiba - PR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 Carlos Eduardo dos Santos	53-Data, local e Campo da Empresa 11/10/2011 Direta, RENATA LOUIZE DA SILVA Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR
---	---	---	---

2-N^o



Ch

2-N



8-Minuto da Cardina	(0 0 2 0 2 5 3 5 1 3 8 4 0 0 0 0 1 0 2)
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dados Validade das Cartões	U/U/U/U/U
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alinhamento a RV 17-Atome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 19-UF 20-Código CBO 3
025 -	

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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(s) realizado(s) com meu conhecimento 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.

48-Classe/Anexo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/21/10 21/12 13 Renda Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/10 21/12 13 Renda Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/21/10 21/12 13 Rosa e Silva	53-Data, local e Cerramento da Empresa 10/21/10 21/12 13 Rosa e Silva
---	---	--	---

Dr. Renato R. Ricardo
Cirurgia Dentista
CRG-29757/PR

2-N



Ref: Mr. R.C. Gaud
Cirurgia Dentária
CRD 291971PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro AIS 408414 3-Dados de Emissão da Guia 10/4/10 12/12/11 4-Código de Autenticação 10/4/10 12/12/11 5-Série AUTORIZADO 6-Valor da Guia Principal 8266739 7-Dados Validação de Série 10/5/10 15/12/11 469633 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202527314900001000011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA 11-Dados Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE CARLOS SANTOS 27/02/1952 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano JOSE CARLOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107316424619159 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-Código CBO S 29-UF PR 30-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Viável	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Cota de Realização	41-Medida de Cota 42-Valor Total R\$
1.	010	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42	1	173,00	0,00	5,04	102,12		
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

43-Dados Previstos no Plano de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidades US 173,00 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Consultado-Odontolife Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Consultado-Odontolife 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário 53-Dados, local e Assinatura da Empresa 54-Valor Total R\$ 10,10 55-Valor Total R\$ 10,10 56-Valor Total R\$ 10,10 57-Valor Total R\$ 10,10 58-Valor Total R\$ 10,10 59-Valor Total R\$ 10,10 60-Valor Total R\$ 10,10 61-Valor Total R\$ 10,10 62-Valor Total R\$ 10,10 63-Valor Total R\$ 10,10 64-Valor Total R\$ 10,10 65-Valor Total R\$ 10,10 66-Valor Total R\$ 10,10 67-Valor Total R\$ 10,10 68-Valor Total R\$ 10,10 69-Valor Total R\$ 10,10 70-Valor Total R\$ 10,10 71-Valor Total R\$ 10,10 72-Valor Total R\$ 10,10 73-Valor Total R\$ 10,10 74-Valor Total R\$ 10,10 75-Valor Total R\$ 10,10 76-Valor Total R\$ 10,10 77-Valor Total R\$ 10,10 78-Valor Total R\$ 10,10 79-Valor Total R\$ 10,10 80-Valor Total R\$ 10,10 81-Valor Total R\$ 10,10 82-Valor Total R\$ 10,10 83-Valor Total R\$ 10,10 84-Valor Total R\$ 10,10 85-Valor Total R\$ 10,10 86-Valor Total R\$ 10,10 87-Valor Total R\$ 10,10 88-Valor Total R\$ 10,10 89-Valor Total R\$ 10,10 90-Valor Total R\$ 10,10 91-Valor Total R\$ 10,10 92-Valor Total R\$ 10,10 93-Valor Total R\$ 10,10 94-Valor Total R\$ 10,10 95-Valor Total R\$ 10,10 96-Valor Total R\$ 10,10 97-Valor Total R\$ 10,10 98-Valor Total R\$ 10,10 99-Valor Total R\$ 10,10 100-Valor Total R\$ 10,10

247

464742
INTERCÂMBIO

Index

1

100

1

2	2	2	2	2
---	---	---	---	---

111

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

100

[illegible]48

ster

b6
b7C

五

8-11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



464743
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/8/10 11/21 4-Data de Autorização 12/8/10 11/21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8246229 7-Data Validade da Semana 12/8/10 14/12/11

8-Número de Carteira 10102012510771101510101817191018 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DIOGO FERNANDES 14/02/2001 15-Nome do Titular do plano JESSIKA FERREIRA FARY

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CBO / CPF 1017316142141619151911 22-Nome do Contratado Estudante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Nome do Profissional Estudante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 26-Número no CRO 29797 27-UF PR 28-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-010	1811010101018151	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	13	14	10,10	0,10	0,10	12/11/11	Diogo	
2-010	1814101010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	13	15	10,10	0,10	0,10	12/11/11	Diogo	
3-010	1814101010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	13	15	10,10	0,10	0,10	12/11/11	Diogo	
4-010	1814101010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	11	13	15	10,10	0,10	0,10	12/11/11	Diogo	
5-010	1814101010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	13	15	10,10	0,10	0,10	12/11/11	Diogo	
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Prazo do Tratamento 14/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11741010 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos que após ler sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, scito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com pagamentos previstos em contrato. Declaramos, 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 este 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 Contratado-Orientado/Responsável 04/11/02/11/11 Diogo 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Orientado/Responsável 04/11/02/11/11 Diogo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 04/11/02/11/11 Diogo 53-Data, local e Assinatura do Contratado-Orientado/Responsável 04/11/02/11/11 Diogo

Dr. Renato
Cirurgião Dentista
CRD 29797/PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2**



469606
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/4/10 2/12/11 4-Data de Autorização 10/4/10 12/12/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8266644 7-Data Validade da Semeta 10/5/10 15/12/11

8-Número da Carteira 01020202521731490001000011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE CARLOS SANTOS 27/02/1952 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteração a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01713161412141619151911 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregio	34-Fee	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obex	42-Motivo da
1-010184010019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5,0,0	10,00		5,04	10/02/12		
2-010184010019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5,0,0	10,00		5,04	10/02/12		
3-010184010019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5,0,0	10,00		5,04	10/02/12		
4-010184010019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5,0,0	10,00		5,04	10/02/12		
5-010184010019181												
6-010184010019181												
7-010184010019181												
8-010184010019181												
9-010184010019181												
10-010184010019181												
11-010184010019181												
12-010184010019181												
13-010184010019181												
14-010184010019181												
15-010184010019181												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia Co-participação R\$			
08/10/2012		1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		140,00		10,00		10,00			
		2-Exame Radiológico										
		3-Ortodontia										
		4-Urgência/Emergência										
					</							

43-Data Recebido Técnico do Tratamento 10/4/10 2/12/11 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,0,0,0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/4/10 2/12/11 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/4/10 2/12/11 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/4/10 2/12/11 53-Data local e Carimbo da Empresa 10/4/10 2/12/11 CRO 29797/PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontolife

tranquilidade para você sonar

452451 INTERCÂMBIO		7-Dia Validação de Serviço 11/12/04 11/12/11		6-Número de Guia Principal 8189714		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 11/12/01 11/12/11		3-Data de Emissão da Guia 11/12/01 11/12/11		2-Registro ANS 406414		1-Data de Beneficiário 11/12/01 11/12/11													
Dados do Beneficiário														Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
13-Nome ADRIANE ALVES PIRES DANTAS														13-Nome ADRIANE ALVES PIRES DANTAS													
10-Data Validação de Carteira 11/12/04 11/12/11														10-Data Validação de Carteira 11/12/04 11/12/11													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde														12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
15-Nome do Titular do plano ADRIANE ALVES PIRES DANTAS														15-Nome do Titular do plano ADRIANE ALVES PIRES DANTAS													
16-Endereço e RN RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO														16-Endereço e RN RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 017361424169519														21-Código na Operadora / CNPJ / CPF RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO													
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO														26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO													
30-Tabella 1-0001820001875 2-0001851001200 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-														30-Tabella 1-0001820001875 2-0001851001200 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-													
33-Data Realização 16														33-Data Realização 16													
34-Face OV														34-Face OV													
35-Quantidade US 1														35-Quantidade US 1													
36-Quantidade US 1														36-Quantidade US 1													
37-Valor 173100														37-Valor 173100													
38-Franchise/Co-participação R\$ 0,00														38-Franchise/Co-participação R\$ 0,00													
39-Aut S118/01/12/11														39-Aut S118/01/12/11													
40-Data de Realização 18/01/12/11														40-Data de Realização 18/01/12/11													
41-Motivo da Classe 42-Assinatura Adriane														41-Motivo da Classe 42-Assinatura Adriane													
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/04 11/12/11														43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/04 11/12/11													
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência														44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial														45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial													
46-Total Quantidade US 161,00														46-Total Quantidade US 161,00													
47-Valor Total R\$ 0,00														47-Valor Total R\$ 0,00													
48-Total Frequência / Co-participação R\$ 0,00														48-Total Frequência / Co-participação R\$ 0,00													
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.														Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação														49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário 11/12/01 11/12/11 Renata Ricardo														50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário 11/12/01 11/12/11 Renata Ricardo													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/01 11/12/11 Renata Ricardo														51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/01 11/12/11 Renata Ricardo													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 11/12/01 11/12/11 Adriane A. P. Dantas														52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 11/12/01 11/12/11 Adriane A. P. Dantas													
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/01 11/12/11														53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/01 11/12/11													
CRO 29191114														CRO 29191114													
Dr. Renata Ricardo														Dr. Renata Ricardo													

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Dados do Beneficiário

13-NORMS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Openbox / CNPJ / CPF

三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

[illegible]

1

—

101 1 11 1 1 1 1

12							
----	--	--	--	--	--	--	--

一一一

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1000000

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS	3-Dia de Emissão da Guia	4-Dia de Autocrépo	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Dia Validade da Senha	479490 INTERCÂMBIO
406414	11/8/02/21	12/2/02/21	AUTORIZADO	8308530	11/9/05/21	
Dados do Beneficiário						

[illegible]

16-Alteramento a R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-U/F	20-Código CBO 3
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado / Exercitante	23-Número no CRO	24-U/F	25-Código CHES
10 7 3 6 4 2 4 6 9 5 9	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	
26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO 5	
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR		

025 -

Faturar Empresa

30-Idade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid.	36-Qualidade US	37-Veloc.	38-Hz	39-Dias de Realização	40-Minuto da Hora	41-Minuto da Hora	42-Minuto da Hora
1-0	0	8	1	0	0	0	0	6	5			
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Casa Privada/Término do Tratamento

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3 4 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

48-Total Faixa / 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), julgo(m) realizado(s) com meu conhecimento 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-se a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observer's name

50 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012 <i>Renato Ricardo</i>	51 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 <i>Renato Ricardo</i>	52 - Data local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/11/2012 <i>Renato Ricardo</i>	53 - Data local e Campo de Emissão 12/11/2012 <i>Renato Ricardo</i>
--	--	--	--

Renato Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 29797PR

2-N

477722
INTERCÂMBIODE LARIANE DE CASTRO SILVA

(i) 85100200	(ii) 85100200
--------------	---------------

e US		47-Value Total RS	
3 5 2 1 0 0			10 10 0 0

conferido. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), o(s) foram realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente e arcar com as custas previstas art. 1.º, inciso II, do Regulamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Journal

1821/12/21

12/11/21 Man

3500000, LOCAL E CANTINHO DA EMPRESA
R131110 4110211

Circuit Court
Case No. 297971

244

1-Registro ANS 4068414	3-Dados de Emissão da Guia 1 5 / 0 2 / 2 1	4-Dados de Autocaptação 1 5 / 0 2 / 2 1	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300932	7-Dia Validade da Santa 1 7 / 0 5 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 6 7 4 7 0 0 0 0 1 0 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSPEL EMBALAGENS E	11-Cidade Validação da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ANDREIA ALVES BORGES 15/08/1985					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UUF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 3 6 6 4 2 4 6 9 5 9 _ _	22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UUF PR	25-Código CMES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		27-Número no CRO 29797	28-UUF PR	29-Código CBO S	

[illegible]

43-Dados Pessoais	Termo do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quântico US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 7 4 1 0 0	1 0 1 0 0	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						

50-Dia, local e Assinatura do Cripto-Oficial Solicitante 11/11/01 21/12/11 <i>Andres Ricardo</i>	51-Dia, local e Assinatura do Cripto-Oficial 11/11/01 21/12/11 <i>Andres Ricardo</i>	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/01 21/12/11 <i>Andres B.</i>	53-Dia, local e Canto de Empresa 11/11/01 21/12/11
---	---	--	---

Dra. *Rosalia Ricardo*
Cirurgia Dentista
CRO 29797PR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

478146
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8302747		7-Data Validade da Guia 18/10/2017		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
2-Data do Beneficiário 00202507710500087907				8-Data de Autorização 17/10/2017				11-Data Validade da Carteira 11/11/17			
9-Nome do Beneficiário FRANCIELE FARY DE LIMA				10-Data de Prestação 31/03/1985				15-Nome do Titular do plano JESSIKA FERREIRA FARY			
13-Nome FRANCIELE FARY DE LIMA				14-Telefone (11) 11111111				16-Endereço ASSOCIACAO DOS SERVIDORES			
18-Endereço a RN RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				19-UF PR				20-Código CID 3 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 07364246959111				22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				23-Número no CRO 29797			
24-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				25-Número no CRO 29797				26-Código CRO 3 PR			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-7-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd	
1-01081511001916		RESTAURAÇÃO RESINA		46		O		1		1	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Alendimento		45-Tipo de Fracamento		46-Tipo de Fracamento		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$	
11/11/17		1		1		1		61,00		61,00	
Declaro, que após ler e 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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2017, São Paulo, SP, Dr. Renato Ricardo											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 21/10/2017, São Paulo, SP, Dr. Renato Ricardo											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2017, São Paulo, SP, Dr. Renato Ricardo											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2017, São Paulo, SP, CRO 29797-PR											

0.3



Digitalizada com CamScanner



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

tranquilidade para você somar

3-Data de Emissão da Guia	12/12/11	4-Data de Autorização	12/31/10	5-Série	AUTORIZADO	
6-Registro ANS	406414	6-Número de Guia Principal	8318697	7-Data Validade da Sanha	12/31/05	12/11

482456
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 1010210125822600000021011										9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS										11-Data Validade de Carteira ____/____/____										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome ERON MARCELOS																				14-Teléfono (____) _____-____																				15-Nome do titular do plano ERON MARCELOS																			
24/01/1978																																																											

025 - Faturar Empresa	
19-UF PR	20-Código CBO \$
15-Número no CRO 29797	23-Número no CRO 29797
24-UF PR	25-Código CNES
27-UF PR	29-Código CBO \$

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acilto 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo de Empresa
	21/3/11 02/11/2111 <i>Wendel Cando</i>	12/3/11 02/11/2111 <i>Wendel Cando</i>	12/3/11 02/11/2111 <i>Dr. Wendel Cando Dentista</i>

Dr. Renato Picardo
Cirurgia Dentista
CRO 297971PR



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



479512
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2021	4-Data de Autorização 22/10/2021	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8308585	7-Data Validade da Guia 19/05/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número de Carteira 101020252476130000000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome EDNA CLAUDIA PRAIN HUBIE	24/12/1974	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDNA CLAUDIA PRAIN HUBIE
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Adesamento a RIN RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071364246959	22-Nome do Contratado Encarregado RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES 29797
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	27-Número no CRO 29797	28-UF PR	29-Código CBO S 29797
---	---------------------------	-------------	--------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Valor
1-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	7 3 1 0 0	0 1 0 0	51	479512	19/05/2021	29797
2-0	0										
3-0	0										
4-0	0										
5-0	0										
6-0	0										
7-0	0										
8-0	0										
9-0	0										
10-0	0										
11-0	0										
12-0	0										
13-0	0										
14-0	0										
15-0	0										
16-0	0										
17-0	0										
18-0	0										
19-0	0										
20-0	0										
21-0	0										
22-0	0										
23-0	0										
24-0	0										
25-0	0										
26-0	0										
27-0	0										
28-0	0										
29-0	0										
30-0	0										
31-0	0										
32-0	0										
33-0	0										
34-0	0										
35-0	0										
36-0	0										
37-0	0										
38-0	0										
39-0	0										
40-0	0										
41-0	0										
42-0	0										
43-0	0										
44-0	0										
45-0	0										
46-0	0										
47-0	0										
48-0	0										
49-0	0										
50-0	0										
51-0	0										
52-0	0										
53-0	0										
54-0	0										
55-0	0										
56-0	0										
57-0	0										
58-0	0										
59-0	0										
60-0	0										
61-0	0										
62-0	0										
63-0	0										
64-0	0										
65-0	0										
66-0	0										
67-0	0										
68-0	0										
69-0	0										
70-0	0										
71-0	0										
72-0	0										
73-0	0										
74-0	0										
75-0	0										
76-0	0										
77-0	0										
78-0	0										
79-0	0										
80-0	0										
81-0	0										
82-0	0										
83-0	0										
84-0	0										
85-0	0										
86-0	0										
87-0	0										
88-0	0										
89-0	0										
90-0	0										
91-0	0										
92-0	0										
93-0	0										
94-0	0										
95-0	0										
96-0	0										
97-0	0										
98-0	0										
99-0	0										
100-0	0										

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Renata Louize da Silva Ricardo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Renata Louize da Silva Ricardo	52-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Plano Renata Louize da Silva Ricardo	53-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Plano Renata Louize da Silva Ricardo	54-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Plano Renata Louize da Silva Ricardo	55-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Plano Renata Louize da Silva Ricardo
---	---	---	---	---	---



livro impresso para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



478186
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2021	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302876	7-Data Validade da Guia 18/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Nome de Criança 00020252686820001099011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira 12/10/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARLY CANDIDO DE CASTRO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano MARLY CANDIDO DE CASTRO
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	18-Número no CRO 29797	19-UF PR	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959	22-Nome do Contratado Específico RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	23-Número no CRO 29797	24-UF PR	25-Código CNES 26-Código CBO 8
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

Mapa de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1HSD	1	35	1,00	0,00	0,00	24	10/21/21	24	24/10/21
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1HSE	1	35	1,00	0,00	0,00	24	10/21/21	24	24/10/21
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1HAE	1	35	1,00	0,00	0,00	24	10/21/21	24	24/10/21
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1HAD	1	35	1,00	0,00	0,00	24	10/21/21	24	24/10/21
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Tipo de Faturamento	48-Total Quilates US	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\$

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(a) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) por mim assinado(s), (foram realizados) 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.

Assinaturas

56-Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Renata Louize da Silva Ricardo	57-Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Renata Louize da Silva Ricardo	58-Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável Marly Candido de Castro	59-Assinatura e Assinatura do Profissional Dr. Renato Ricardo
--	--	---	--

Cirurgia Dentista
CRO 29797/PR

200



Declaro do Beneficiário

13-Nome KARLENE ALVES XAVIER	15/01/2001
14-Telefone () - - - - - () - - - - -	15-Endereço do titular do plano KARLENE ALVES XAVIER

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a FN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 3 6 4 2 4 6 9 5 9		22-Nome do Contribuinte Específico RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				
		18-Número no CRO 29797		19-U/F PR		20-Código CBO 9
		23-Número no CRO 29797		24-U/F PR		25-Código CMES
		27-Número no CRO 29797		28-U/F PR		28-Código CBO 9
025 - Faturar Empresa RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 28-Nome do Profissional Específico						

[illegible]

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcela	11221000	100000	

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fulfiram realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autoriza 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.

49-Observação

Carolina Ribeiro

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



479497
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414 3º Data de Emissão da Guia 11/01/2011 4º Data de Autorização 11/01/2011 5ª Série AUTORIZADO 6º Número da Guia Principal 8308570 7º Data Validade da Série 11/01/2011

Dados do Beneficiário

8º Nome do Paciente SUELEN TRAIN 9º Nome do Responsável pelo Tratamento RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 10º Nome da Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11º Data Validade da Carteira 11/01/2011 12º Número do Cartão Nacional de Saúde

13º Nome SUELEN TRAIN

06/04/1982

14º Telefone

15º Nome do Titular do Plano SUELEN TRAIN

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16º Abandono a R/R RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 17º Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18º Número no CRO 29797 19º UF PR 20º Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21º Código na Operadora / CBO / CPF RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 22º Nome do Contrato Encargado RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23º Número no CRO 29797 24º Código CNES PR 25º Código CBO S PR 26º Código CBO S PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Data Regio	34º Fica	35º Cód	36º Quantidade US	37º Valor	38º Frequência/Co-participação R\$	39º Aut	40º Data de Realização	41º Motivo da Ocorrência	42º Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
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			
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
16-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
17-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
18-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
19-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
20-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
21-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
22-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
23-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
24-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
25-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
26-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
27-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
28-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
29-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
30-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
31-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
32-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
33-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
34-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
35-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
36-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
37-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
38-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
39-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
40-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
41-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
42-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
43-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
44-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
45-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
46-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
47-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
48-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
49-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
50-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
51-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
52-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
53-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
54-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
55-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
56-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
57-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
58-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
59-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
60-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
61-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
62-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
63-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
64-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
65-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
66-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
67-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
68-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
69-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
70-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
71-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
72-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
73-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
74-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
75-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
76-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
77-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
78-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
79-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
80-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
81-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
82-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
83-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
84-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
85-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
86-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
87-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
88-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
89-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
90-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
91-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
92-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
93-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
94-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
95-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
96-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
97-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
98-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
99-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
100-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Abandono 45-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 44-Exame Emergência 45-Tipo de 2-Exame 46-Tipo de 2-Exame 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 Solicitante 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data Local e Assinatura da Empresa 54-Data Local e Assinatura da Empresa 55-Data Local e Assinatura da Empresa 56-Data Local e Assinatura da Empresa 57-Data Local e Assinatura da Empresa 58-Data Local e Assinatura da Empresa 59-Data Local e Assinatura da Empresa 60-Data Local e Assinatura da Empresa 61-Data Local e Assinatura da Empresa 62-Data Local e Assinatura da Empresa 63-Data Local e Assinatura da Empresa 64-Data Local e Assinatura da Empresa 65-Data Local e Assinatura da Empresa 66-Data Local e Assinatura da Empresa 67-Data Local e Assinatura da Empresa 68-Data Local e Assinatura da Empresa 69-Data Local e Assinatura da Empresa 70-Data Local e Assinatura da Empresa 71-Data Local e Assinatura da Empresa 72-Data Local e Assinatura da Empresa 73-Data Local e Assinatura da Empresa 74-Data Local e Assinatura da Empresa 75-Data Local e Assinatura da Empresa 76-Data Local e Assinatura da Empresa 77-Data Local e Assinatura da Empresa 78-Data Local e Assinatura da Empresa 79-Data Local e Assinatura da Empresa 80-Data Local e Assinatura da Empresa 81-Data Local e Assinatura da Empresa 82-Data Local e Assinatura da Empresa 83-Data Local e Assinatura da Empresa 84-Data Local e Assinatura da Empresa 85-Data Local e Assinatura da Empresa 86-Data Local e Assinatura da Empresa 87-Data Local e Assinatura da Empresa 88-Data Local e Assinatura da Empresa 89-Data Local e Assinatura da Empresa 90-Data Local e Assinatura da Empresa 91-Data Local e Assinatura da Empresa 92-Data Local e Assinatura da Empresa 93-Data Local e Assinatura da Empresa 94-Data Local e Assinatura da Empresa 95-Data Local e Assinatura da Empresa 96-Data Local e Assinatura da Empresa 97-Data Local e Assinatura da Empresa 98-Data Local e Assinatura da Empresa 99-Data Local e Assinatura da Empresa 100-Data Local e Assinatura da Empresa

CRO 29797/PR



2-10

455952
INTERCÂMBIO

3-Dia de Emissão da Guia 11/18/10 11/21	4-Dia de Autorização 11/18/10 11/21	5-Sinhe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8204957	7-Dia Validade de Sinhe 11/18/10 11/21
---	---	---	--	--

13-Nome KEYTY CRISTINA DA MOTTA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano KEYTY CRISTINA DA MOTTA		12-Número do Cartão Nacional 11-Data Validade da Carteira / /	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional 13-Nome KEYTY CRISTINA DA MOTTA		14-Telefone ()	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional 13-Nome KEYTY CRISTINA DA MOTTA	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 8 8 8 1 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alterendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 1 3 6 1 2 1 4 1 6 1 9 5 1 9 1 1 1 1		22-Nome do Contratado Escusante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO							
26-Nome do Profissional Escusante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797		24-UJF PR		25-Código CNES		20-Código CBO S	
27-Número no CRO 29797		28-UJF PR		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						39-Aut	40-Dia G	
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ragão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		S 24
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0		S 24
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0		S 24
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0		S 24
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0		S 24
6-								
7-								
8-								
9-								
10								
11								
12								
13								
14								

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
		1-Total 2-Parcial	1 7 4 0 0 0	0 0 0 0 0 0

☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência e Emergências

☐ Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 devidos pelo plano de saúde, nos termos da cobertura contratada, bem como os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Dia, local e Cópia de Empresa
12/4/10 21/12/11 Renato S. Branco	12/4/10 21/12/11 Renato S. Branco	12/4/10 21/12/11 Vitor Brito da Silva	12/4/10 21/12/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



467582
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 12/12/11 4-Data de Autorização 10/12/10 12/12/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 82563399 7-Data Válida da Série 10/13/10 15/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210121521821216110101010121013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOAO VICTOR QUARTAROLI SILVA 14-Telefone 09/02/2003 15-Nome do titular do plano ANDREA MARA QUARTAROLI GIFFHORN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 017131614214161915191 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Maior 32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dente/Fregio 11 M 34-Eixo 1 35-Qui 1 36-Quantidade US 1 37-Maior 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Maior 40-Data de Realização 02/12/11 41-Maior da Data 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Eixo	35-Qui	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Maior	40-Data de Realização	41-Maior da Data	42-Assinatura
1.	01018511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	1	1	1	1	02/12/11	02/12/11	Renata Louize da Silva Ricardo
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Final do Tratamento 02/12/11 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Faturamento 1 46-Valor Total R\$ 101010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/11 Renata Louize da Silva Ricardo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/11 Renata Louize da Silva Ricardo 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 02/12/11 Renata Louize da Silva Ricardo 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/11 Renata Louize da Silva Ricardo 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/11 Renata Louize da Silva Ricardo

Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro AOS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/11/2011 3-Cidade de Autorização 12/11/2011 4-Santa AUTORIZADO 5-Numero da Guia Principal 8221615 6-Data Validade da Guia 12/11/2014 7-Data Validade da Guia 12/11/2014 8-Intercambio 459512

9-Dados do Beneficiário 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome FRANCIELE APARECIDA SILVA ALMEIDA 14-Nome do Titular do plano FRANCIELE APARECIDA SILVA ALMEIDA

15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 16-Endereço e RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Numero no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO 8 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07364246959 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Numero no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Numero no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO 8 30-Faturar Empresa 025 -

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-10	01820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	514,00	24	01/11/2011	Franchisa	
2-10												
3-10												
4-10												
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												
16-10												
17-10												
18-10												
19-10												
20-10												
21-10												
22-10												
23-10												
24-10												
25-10												
26-10												
27-10												
28-10												
29-10												
30-10												
31-10												
32-10												
33-10												
34-10												
35-10												
36-10												
37-10												
38-10												
39-10												
40-10												
41-10												
42-10												
43-10												
44-10												
45-10												
46-10												
47-10												
48-10												
49-10												
50-10												
51-10												
52-10												
53-10												
54-10												
55-10												
56-10												
57-10												
58-10												
59-10												
60-10												
61-10												
62-10												
63-10												
64-10												
65-10												
66-10												
67-10												
68-10												
69-10												
70-10												
71-10												
72-10												
73-10												
74-10												
75-10												
76-10												
77-10												
78-10												
79-10												
80-10												
81-10												
82-10												
83-10												
84-10												
85-10												
86-10												
87-10												
88-10												
89-10												
90-10												
91-10												
92-10												
93-10												
94-10												
95-10												
96-10												
97-10												
98-10												
99-10												
100-10												

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x



1-Registro ANS 40644 3-Data de Emissão de Guia 12/01/01 4-Data de Autorização 12/01/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8212812 7-Data Validade da Sentença 12/01/01 458134 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201251261812101012301031 9-Pelo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA 11-Data Validade da Carteira 12/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELOA DA CONCEICAO DOS SANTOS 21/04/2016 14-Teléfono () 842216418 15-Nome do titular do plano MARCIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 18-Número no CRO 29797 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNO / CPF 0171361241691519 22-Nome do Contratado Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 23-Número no CRO 29797 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO 27-Número no CRO 29797 28-UF PR 29-Código CBO S (1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor
1-0	01851002100	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	85	ODL	1	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OMD	1	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	64	ODP	1	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA										

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

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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. Declaram, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 54-Dia, local e Assinatura da Empresa

55-Dia, local e Assinatura da Empresa 56-Dia, local e Assinatura da Empresa 57-Dia, local e Assinatura da Empresa 58-Dia, local e Assinatura da Empresa 59-Dia, local e Assinatura da Empresa

60-Dia, local e Assinatura da Empresa 61-Dia, local e Assinatura da Empresa 62-Dia, local e Assinatura da Empresa 63-Dia, local e Assinatura da Empresa 64-Dia, local e Assinatura da Empresa

65-Dia, local e Assinatura da Empresa 66-Dia, local e Assinatura da Empresa 67-Dia, local e Assinatura da Empresa 68-Dia, local e Assinatura da Empresa 69-Dia, local e Assinatura da Empresa

70-Dia, local e Assinatura da Empresa 71-Dia, local e Assinatura da Empresa 72-Dia, local e Assinatura da Empresa 73-Dia, local e Assinatura da Empresa 74-Dia, local e Assinatura da Empresa

75-Dia, local e Assinatura da Empresa 76-Dia, local e Assinatura da Empresa 77-Dia, local e Assinatura da Empresa 78-Dia, local e Assinatura da Empresa 79-Dia, local e Assinatura da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



482158
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
23/10/21

6-Número da Guia Principal
8317372

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
23/10/21

3-Data de Emissão da Guia
22/10/21

2-Registro ANS
406414

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ADEMIR MENDES GOULART

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
ADEMIR MENDES GOULART

16-Mendicância a RN
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

17-Nome do Profissional Solicitante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

18-Número no CRO
29797

19-UF
PR

20-Código CBO 3
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
07364246959

22-Nome do Contratado Executante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

23-Número no CRO
29797

24-UF
PR

25-Código CBO 3
29797

26-Nome do Profissional Executante
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO

27-Número no CRO
29797

28-UF
PR

29-Código CBO 3
29797

30-Table
31-Código do Procedimento
32-Descrição

33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor

38-Franque/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Nº da Classe 42-Assinatura

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

49-Observação

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

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
58-Data, local e Carimbo da Empresa
59-Data, local e Carimbo 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.

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
63-Data, local e Carimbo da Empresa
64-Data, local e Carimbo 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.

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
68-Data, local e Carimbo da Empresa
69-Data, local e Carimbo 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.

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
73-Data, local e Carimbo da Empresa
74-Data, local e Carimbo 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.

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
78-Data, local e Carimbo da Empresa
79-Data, local e Carimbo 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.

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
83-Data, local e Carimbo da Empresa
84-Data, local e Carimbo 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.

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
88-Data, local e Carimbo da Empresa
89-Data, local e Carimbo 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.

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
93-Data, local e Carimbo da Empresa
94-Data, local e Carimbo 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.

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
98-Data, local e Carimbo da Empresa
99-Data, local e Carimbo 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.

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
102-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
103-Data, local e Carimbo da Empresa
104-Data, local e Carimbo 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.

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
107-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
108-Data, local e Carimbo da Empresa
109-Data, local e Carimbo 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.

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
113-Data, local e Carimbo da Empresa
114-Data, local e Carimbo 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.

115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
117-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
118-Data, local e Carimbo da Empresa
119-Data, local e Carimbo 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.

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
122-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
123-Data, local e Carimbo da Empresa
124-Data, local e Carimbo 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.



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/2//012//21	4-Dia de Autorização 12/2//012//21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8317973	7-Dia Validade da Serinha 12/3//015//21	482308 INTERCÂMBIO
Data do Beneficiário						

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Cidade/Vicinity da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 5 7 8 1 8 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ / / / / / / /	
13-Nome	14-Teléfono	15-Ações do titular do plano		
FERNANDA CECILIA RIBEIRO	() - - - - -	FERNANDA CECILIA RIBEIRO		
Orcão do Constatado Razionalizado pelo Tratamento	20/04/1993			

16-Absoluinto a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		025 -	
N		RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora (CENSO)/CPF		22-Nome do Contratado Escudante		18-Número no CRO	
0173614214161915191111		RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO	
26-Nome do Profissional Escudante		27-Número no CRO		19-UF	
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		29797		PR	
		24-UF		20-Código CBO S	
		PR		22-Código CNES	
		29-CEGO CBO S			

Formulário de Tratamento / Procedimentos Socioodontológicos												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Moeda da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
		EXODONTIA SIMPLES DE	16		1			17	3	0	0	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
7 3 0 0												
47-Valor Total R\$												
0 0 0 0												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter lido atentamente as informações 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 cuidar com os cuidados previstos em contato. Declaro, ainda que (s) eu(s) procedimento(s) acima e por mim(a) assinado(s), 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-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2015 Jenise Lucinda	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2015 Jenise Lucinda	52-Dia, local e Assinatura do Profissional Responsável 15/11/2015 Jenise Lucinda	53-Dia, local e Cargo do Esporão 15/11/2015 Cirurgião Dentista
--	--	--	--

Dr. Renato R. CARVALHO

24



Dados do Beneficiário

○	○	○	○
---	---	---	---

JANAINA AB

3

○	○	○	○
---	---	---	---

RENAI A LO

30-Tabelle	31-C
------------	------

1

3-1111

1111

2

7.1.1.1

11

101 1 11

--

100

24

3

三

contrato. Declaro

[illegible]

1111

2	3
---	---

242

**Dados do Beneficiário**[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		18-Número no CRO 29797		19-UF PR		20-Código CBO S	
21-Código no Operador / CNPJ / CPF 07136141214161915191111				22-Nome do Contratado Especialista RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO		23-Número no CRO 29797		24-UF PR	
						25-Código CIES			
26-Nome do Profissional Especialista RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO				27-Número no CRO 29797		28-UF PR		29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Arelojo	34- Fases	35- Ctx	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O		6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	11/06/21		<i>Alexandre</i>
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	11/06/21		<i>Alexandre</i>
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	11/06/21		<i>Alexandre</i>
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	11/06/21		<i>Alexandre</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Anestésico 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Fracturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 24400	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$							

Decido, 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e autorizo o Operador 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.

Assinado pelo paciente: *Ricardo*

Assinado pelo profissional: *Cristina Dentista*

CRQ 29797/PK

[illegible]

Dr. Kavanagh
Dentista

CPD 297977PR
Circulation 2000

50-Data, local e Assinatura do Círculo-Devidor Solidante	
51-Data, local e Assinatura do Círculo-Devidor	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Cambio da Empresa	

[illegible]

Dr. Renuka K. K.

Cirurgiã Dentista

CR0 29/9/11 FN

Dr. Renato Garcia

INTERCAMBIO

[illegible]