

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24Nº

663492
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Seta
1 5 / 1 1 / 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
8947176

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 7 / 1 0 / 8 1 2 1 1

3-Data de Emissão da Guia
1 7 / 1 0 / 8 1 2 1 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 4 0 3 3 9 2 0 0 0 0 1 0 1

15-Nome do titular do plano
FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA

14-Telefone
() / / / / / /

07/02/2003

13-Nome
FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA

16-Atendimento a RN
N

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S

19-UF
PR

18-Número no CRO
29107

23-Número no CRO
29107

24-UF
PR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 9 7 4 0 1 6 1 4 1 9 0 3

Enviar - RX
(IF) 85200166-22

25-Código CNES

28-UF
PR

27-Número no CRO
29107

22-Nome do Contratado Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

26-Nome do Profissional Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

(I) 81000421-RIS

29-Código CBO S

37-Valor

36-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glor 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 2 0 0 1 6 6		TRATAMENTO ENDODONTICO	22	1	1	2 5 8 1 0 0	0 1 0 0			31/10/2011		
2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4 1 0 0	0 1 0 0			31/10/2011		
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			31/10/2011		
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			31/10/2011		
5-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			31/10/2011		
6- / / / / / / / / / /												
7- / / / / / / / / / /												
8- / / / / / / / / / /												
9- / / / / / / / / / /												
10- / / / / / / / / / /												
11- / / / / / / / / / /												
12- / / / / / / / / / /												
13- / / / / / / / / / /												
14- / / / / / / / / / /												
15- / / / / / / / / / /												

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / / / / / / / / /

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4 5 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 1 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

663410
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha

1 5 / 1 1 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal

8946909

5-Sanha

AUTORIZADO

4-Data de Autorização

1 7 / 0 8 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia

1 7 / 0 8 / 1 2 1

1-Registro ANS

406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 3 9 6 8 4 7 0 0 0 0 1 0 3

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10/08/1974

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

1 5 / 1 1 / 1 2 1

15-Nome do titular do plano

RONALDO DE OLIVEIRA

13-Nome

ROSANI APARECIDA BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

22-Nome do Contratado Executante

LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

18-Número no CRO

29107

24-UF

PR

25-Código CNES

29107

26-Número no CRO

29107

27-Número no CRO

29107

28-UF

PR

29-Código CBO S

29107

30-Código CBO S

29107

31-Código do Procedimento

1 0 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

32-Descrição

RX PERIAPICAL

33-Dente/Região

RMSD

34-Face

1

35-Old

1

36-Quantidade US

1 4 1 0 0

37-Valor

0 1 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$

0 1 0 0

39-Aut

2 7 / 1 0 8 / 1 2 1

40-Data de Realização

2 7 / 1 0 8 / 1 2 1

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Rosani

43-Data Previsão Término do Tratamento

1 5 / 1 1 / 1 2 1

44-Tipo de Atendimento

1 5 / 1 1 / 1 2 1

45-Tipo de Faturamento

1 5 / 1 1 / 1 2 1

46-Tipo de Faturamento

1 5 / 1 1 / 1 2 1

47-Valor Total R\$

0 1 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0 1 0 0

49-Observação

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

1 5 / 1 1 / 1 2 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 5 / 1 1 / 1 2 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

663338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8946719		7-Data Validade da Sentia 15/11/2011	
8-Número da Carteira 002025319684700000104				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	
12-Data de Autorização 11/08/2011				13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano RONALDO DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		18-Número no CRO 29107		19-UF PR	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 097406411903				21-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		22-Número no CRO 29107		23-UF PR	
24-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI				25-Código CBO S 29107		26-UF PR		27-Código CBO S 29107	
28-Valor									
29-Quantidade US									
30-Face									
31-Quantidade US									
32-Quantidade US									
33-Quantidade US									
34-Face									
35-Quantidade US									
36-Face									
37-Quantidade US									
38-Face									
39-Quantidade US									
40-Face									
41-Quantidade US									
42-Face									
43-Quantidade US									
44-Face									
45-Quantidade US									
46-Face									
47-Quantidade US									
48-Face									
49-Quantidade US									
50-Face									
51-Quantidade US									
52-Face									
53-Quantidade US									
54-Face									
55-Quantidade US									
56-Face									
57-Quantidade US									
58-Face									
59-Quantidade US									
60-Face									
61-Quantidade US									
62-Face									
63-Quantidade US									
64-Face									
65-Quantidade US									
66-Face									
67-Quantidade US									
68-Face									
69-Quantidade US									
70-Face									
71-Quantidade US									
72-Face									
73-Quantidade US									
74-Face									
75-Quantidade US									
76-Face									
77-Quantidade US									
78-Face									
79-Quantidade US									
80-Face									
81-Quantidade US									
82-Face									
83-Quantidade US									
84-Face									
85-Quantidade US									
86-Face									
87-Quantidade US									
88-Face									
89-Quantidade US									
90-Face									
91-Quantidade US									
92-Face									
93-Quantidade US									
94-Face									
95-Quantidade US									
96-Face									
97-Quantidade US									
98-Face									
99-Quantidade US									
100-Face									

43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1		1		1		10,00		10,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi 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 contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.ªª

663324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/1018/1211	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8946670	7-Data Validade da Sentença 11/15/1111/1211
--------------------------	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 101021021253196847000000101051	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Data de Autorização 11/17/1018/1211	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RONALDO DE OLIVEIRA	
13-Nome SABRINA MARQUES CAMARGO		14-Data de Nascimento 14/05/1997			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29107		19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109174016441903111		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		24-UF PR	Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		27-Número no CRO 29107		28-UF PR	(1) 85100200 (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabella	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-Assinatura
1-	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	1	1	881000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
2-	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	1	1	881000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
3-	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1	1	611000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
4-	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	1	611000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
5-	00181000421	RX PERIAPICAL	1	RPSP	1	1	1	141000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
6-	00181000421	RX PERIAPICAL	1	RMSE	1	1	1	141000	0,10	0,10	1	11/13/1018/1211	Sabrina
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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-Valor Total R\$ 111326100	47-Valor Total R\$ 111326100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111326100
---	--	---	---------------------------------	---------------------------------	--

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 no 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 no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1011/1019/1211 Sabrina M. Camargo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1011/1019/1211 Sabrina M. Camargo
--	--	--

[illegible]645900
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 7 4 0 6 4 1 9 0 3		22- Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI							
26- Nome do Profissional Excitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		23- Número no CRO 29107		24-UF PR		25-Código CNES		20-Código CBO S	
		27- Número no CRO 29107		28-UF PR		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0 0 8 1	0 0 0 0 6 5			1	3 4	0 0	0 0	S	16/10/21	Shirley
2-	0 0 8 4	0 0 0 1 9 8	HASD		1	3 5	0 0	0 0	S	16/10/21	Shirley
3-	0 0 8 4	0 0 0 1 9 8	HASE		1	3 5	0 0	0 0	S	16/10/21	Shirley
4-	0 0 8 4	0 0 0 1 9 8	HAID		1	3 5	0 0	0 0	S	16/10/21	Shirley
5-	0 0 8 4	0 0 0 1 9 8	HAIE		1	3 5	0 0	0 0	S	16/10/21	Shirley

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	11/11	11/11	11/11
44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia
45-Tipo de Faturamento	1-1-Total	2-Parcial	
46-Total Quantidade US	1	7	4,00
47-Valor Total R\$	0	0	0
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 no 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.

P. Brin
A. Dentista
- 107

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
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/11	 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/11	 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

642016
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/08/2010

6-Número da Guia Principal
8882565

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/10/08

3-Data de Emissão da Guia
13/10/07

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002020254037000000000101

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Data Validade da Guia
12/05/1973

13-Data Validade da Guia
12/05/1973

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA DE ARRUDA

16-Número no CRO
29107

17-Número no CRO
29107

18-Número no CRO
29107

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-UF
PR

22-UF
PR

23-UF
PR

24-UF
PR

25-UF
PR

26-UF
PR

27-UF
PR

28-UF
PR

29-UF
PR

30-UF
PR

31-UF
PR

32-UF
PR

33-UF
PR

34-UF
PR

35-UF
PR

36-UF
PR

37-UF
PR

38-UF
PR

39-UF
PR

40-UF
PR

41-UF
PR

42-UF
PR

43-UF
PR

44-UF
PR

45-UF
PR

46-UF
PR

47-UF
PR

48-UF
PR

49-UF
PR

50-UF
PR

51-UF
PR

52-UF
PR

53-UF
PR

54-UF
PR

55-UF
PR

56-UF
PR

57-UF
PR

58-UF
PR

59-UF
PR

60-UF
PR

61-UF
PR

62-UF
PR

63-UF
PR

64-UF
PR

65-UF
PR

66-UF
PR

67-UF
PR

68-UF
PR

69-UF
PR

70-UF
PR

71-UF
PR

72-UF
PR

73-UF
PR

74-UF
PR

75-UF
PR

76-UF
PR

77-UF
PR

78-UF
PR

79-UF
PR

80-UF
PR

81-UF
PR

82-UF
PR

83-UF
PR

84-UF
PR

85-UF
PR

86-UF
PR

87-UF
PR

88-UF
PR

89-UF
PR

90-UF
PR

91-UF
PR

92-UF
PR

93-UF
PR

94-UF
PR

95-UF
PR

96-UF
PR

97-UF
PR

98-UF
PR

99-UF
PR

100-UF
PR

101-UF
PR

102-UF
PR

103-UF
PR

104-UF
PR

105-UF
PR

106-UF
PR

107-UF
PR

108-UF
PR

109-UF
PR

110-UF
PR

111-UF
PR

112-UF
PR

113-UF
PR

114-UF
PR

115-UF
PR

116-UF
PR

117-UF
PR

118-UF
PR

119-UF
PR

120-UF
PR

121-UF
PR

122-UF
PR

123-UF
PR

124-UF
PR

125-UF
PR

126-UF
PR

127-UF
PR

128-UF
PR

129-UF
PR

130-UF
PR

131-UF
PR

132-UF
PR

133-UF
PR

134-UF
PR

135-UF
PR

136-UF
PR

137-UF
PR

138-UF
PR

139-UF
PR

140-UF
PR

141-UF
PR

142-UF
PR

143-UF
PR

144-UF
PR

145-UF
PR

146-UF
PR

147-UF
PR

148-UF
PR

149-UF
PR

150-UF
PR

151-UF
PR

152-UF
PR

153-UF
PR

154-UF
PR

155-UF
PR

156-UF
PR

157-UF
PR

158-UF
PR

159-UF
PR

160-UF
PR

161-UF
PR

162-UF
PR

163-UF
PR

164-UF
PR

165-UF
PR

166-UF
PR

167-UF
PR

168-UF
PR

169-UF
PR

170-UF
PR

171-UF
PR

172-UF
PR

173-UF
PR

174-UF
PR

175-UF
PR

176-UF
PR

177-UF
PR

178-UF
PR

179-UF
PR

180-UF
PR

181-UF
PR

182-UF
PR

183-UF
PR

184-UF
PR

185-UF
PR

186-UF
PR

187-UF
PR

188-UF
PR

189-UF
PR

190-UF
PR

191-UF
PR

192-UF
PR

193-UF
PR

194-UF
PR

195-UF
PR

196-UF
PR

197-UF
PR

198-UF
PR

199-UF
PR

200-UF
PR

201-UF
PR

202-UF
PR

203-UF
PR

204-UF
PR

205-UF
PR

206-UF
PR

207-UF
PR

208-UF
PR

209-UF
PR

210-UF
PR

211-UF
PR

212-UF
PR

213-UF
PR

214-UF
PR

215-UF
PR

216-UF
PR

217-UF
PR

218-UF
PR

219-UF
PR

220-UF
PR

221-UF
PR

222-UF
PR

223-UF
PR

224-UF
PR

225-UF
PR

226-UF
PR

227-UF
PR

228-UF
PR

229-UF
PR

230-UF
PR

231-UF
PR

232-UF
PR

233-UF
PR

234-UF
PR

235-UF
PR

236-UF
PR

237-UF
PR

238-UF
PR

239-UF
PR

240-UF
PR

241-UF
PR

242-UF
PR

243-UF
PR

244-UF
PR

245-UF
PR

246-UF
PR

247-UF
PR

248-UF
PR

249-UF
PR

250-UF
PR

251-UF
PR

252-UF
PR

253-UF
PR

254-UF
PR

255-UF
PR

256-UF
PR

257-UF
PR

258-UF
PR

259-UF
PR

260-UF
PR

261-UF
PR

262-UF
PR

263-UF
PR

264-UF
PR

265-UF
PR

266-UF
PR

267-UF
PR

268-UF
PR

269-UF
PR

270-UF
PR

271-UF
PR

272-UF
PR

273-UF
PR

274-UF
PR

275-UF
PR

276-UF
PR

277-UF
PR

278-UF
PR

279-UF
PR

280-UF
PR

281-UF
PR

282-UF
PR

283-UF
PR

284-UF
PR

285-UF
PR

286-UF
PR

287-UF
PR

288-UF
PR

289-UF
PR

290-UF
PR

291-UF
PR

292-UF
PR

293-UF
PR

294-UF
PR

295-UF
PR



Tratamento para estã

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

629512
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Seria
08/09/2011

6-Número da Guia Principal
8684869

5-Serha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
05/08/12

3-Data de Emissão da Guia
21/07/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

002021502683600908601

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN

03/09/1993

15-Nome do titular do plano

ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

18-Número no CRO

29107

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

09740641903

22-Nome do Contratado Executante

LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

23-Número no CRO

29107

24-UF

PR

25-Código CNES

0181000421-

26-Nome do Profissional Executante

LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

27-Número no CRO

29107

28-UF

PR

29-Código CBO S

0181000421-

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-008100421

32-Descrição

RX PERIAPICAL

33-Dente/Região

RMIE

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

0,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

0,00

40-Data de Realização

06/08/12

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1-008100421

RX PERIAPICAL

RMIE

1

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

