

246

49-Obavrzagba

44-2

384559
INTERCÂMBIO

590

41-Mother da Cries 42-Abs

$$\begin{array}{r} 20 \\ \times 2 \\ \hline \end{array}$$

2011

11

[illegible][illegible]

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

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

ente e arcar com os custos p

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24°



1-Registro AMB: 406414
 2-Data de Emissão da Guia: 01/06/10
 3-Data de Autenticação: 11/3/10
 4-Situação: AUTORIZADO
 5-Número da Guia Principal: 7396232
 6-Data Validade da Guia: 01/01/11

390470
INTERCÂMBIO

7-Data de Emissão da Guia: 01/06/10
 8-Data de Autenticação: 11/3/10
 9-Situação: AUTORIZADO
 10-Data Validade da Guia: 01/01/11

11-Data Validade da Guia: 01/01/11
 12-Data Validade da Guia: 01/01/11
 13-Data Validade da Guia: 01/01/11

14-Data Validade da Guia: 01/01/11
 15-Data Validade da Guia: 01/01/11
 16-Data Validade da Guia: 01/01/11

17-Data Validade da Guia: 01/01/11
 18-Data Validade da Guia: 01/01/11
 19-Data Validade da Guia: 01/01/11

20-Data Validade da Guia: 01/01/11
 21-Data Validade da Guia: 01/01/11
 22-Data Validade da Guia: 01/01/11

23-Data Validade da Guia: 01/01/11
 24-Data Validade da Guia: 01/01/11
 25-Data Validade da Guia: 01/01/11

26-Data Validade da Guia: 01/01/11
 27-Data Validade da Guia: 01/01/11
 28-Data Validade da Guia: 01/01/11

29-Data Validade da Guia: 01/01/11
 30-Data Validade da Guia: 01/01/11
 31-Data Validade da Guia: 01/01/11

32-Data Validade da Guia: 01/01/11
 33-Data Validade da Guia: 01/01/11
 34-Data Validade da Guia: 01/01/11

35-Data Validade da Guia: 01/01/11
 36-Data Validade da Guia: 01/01/11
 37-Data Validade da Guia: 01/01/11

38-Data Validade da Guia: 01/01/11
 39-Data Validade da Guia: 01/01/11
 40-Data Validade da Guia: 01/01/11

[illegible]

Dra Ana Paula Guntim de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

[Signature]
Dra Ana Paula Guntim de Azeredo
Cirurgiã-dentista

11

Assinatura: _____

49-Observations

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

50-Days, local e assinatura do Conselho-Definitivo/Spokane

6-1-Dati Local e Agenzia del Circolo Dentista

02-Dtla, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

B3-DATA, Local e Cambio da Empresa

Dra Ana Paula Guimarães Azevedo

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo

Cirurgiã-dentista

Cirurgiă-dentistă

CRO-MS 6043

CRO-MS 6043



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4

409414	1 9 / 1 0 / 2 0	12 0 / 1 0 / 2 0	AUTORIZADO	7971159	1 7 / 0 1 / 2 1
--------	-----------------	------------------	------------	---------	-----------------

399145
INTERCAMBIO

0 0 2 0 2 5 3 2 2 6 8 8 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	22/09/1965	025 - Faltura Empresa
---------------------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------------------

MARU APARECIDA RAMIRES AGUIEROS	22/09/1965	MARU APARECIDA RAMIRES AGUIEROS
---------------------------------	------------	---------------------------------

17-Anexo do Prontuário Individual ANA PAULA GIUNINI DE AZEVEDO	32-Atividade ANA PAULA GIUNINI DE AZEVEDO	18-Matéria no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CRO S 025 - Faltura Empresa
31-Código no Cadastro CRO / CFP	32-Atividade	33-Número no CRO 6043	34-UF MS	35-Código ONES
10 0 0 5 4 0 9 4 1 1 9	ANA PAULA GIUNINI DE AZEVEDO	37-Matéria no CRO 6043	38-UF MS	39-Código CRO S

Paciente em Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Diagnóstico	33-Dentista	34-Foto	35-Cli	36-Clinica	37-Mat	38-Prontuário-Participação	39-Mat	40-Caixa de Realização	41-Matéria da Caixa	42-Atividade
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA											
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												
16-1												
17-1												
18-1												
13-Atividade		14-Tipo de Atendimento	15-Termos de Atendimento	16-Tipo de Atendimento	17-Tipo de Atendimento	18-Tipo de Atendimento	19-Tipo de Atendimento	20-Tipo de Atendimento	21-Tipo de Atendimento	22-Tipo de Atendimento	23-Tipo de Atendimento	24-Tipo de Atendimento

Declaro que após ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo a realização do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos em contrato, bem como a(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), (foram realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operadores a pagar em meu nome e por minha conta, o profissional contratado que assina este documento, os valores em dinheiro e/ou em cartão de crédito, conforme o caso.

60-Dado local e assinatura do Cirurgião-Dentista	61-Dado local e assinatura do Cirurgião-Dentista	62-Dado local e assinatura do Paciente(s) (Impressão)	63-Dado local e Carimbo da Empresa
--	--	---	------------------------------------

Dra Ana Paula Giunini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giunini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giunini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giunini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giunini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

2-N^o4.9-Observations

4.9-Observations

60-Dia, local e Avaliação do Cirurgião-Dentista participante

61-Diogo, Igor e Alexandre do Cavaleiro-Doutor

62-Dado, local e Argumento do Proprietário / Responsável

63-Dados, local e Carimbo da Empresa

Dra Ana Paula Guntim de Almeida

Dea Ana Paula Giamini de Azevedo

Cirurgia-dentista

Dimensiuni 100 mm x 100 mm

CRO-MS 6043

Ungla-ueisue
CBO-MS 6043

Dra Ana Paula Guimarães de Azevedo
Cirurgiã-dentista

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



406602
INTERCÂMBIO

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

100

41- MOVIE ON GROSS 42-ASB20111111xk

—
=

[illegible][illegible]

—

—
—
—
—
—
—

11

que assina esse documento

1000

Azevedo

2

3

2.4.4



Data Validade da Seria: 11/01/2011

12-Número do Cartão NREIRA DE ALMEIDA025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85300039-011 (I) 8530

(i) 85300039-014
(ii) 85300039-013

39-Aut 40-Data
5/29/11

[illegible]

529

1111

—

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

47-Value Total RS 1011

cumprir as orientações do profissional responsável por minha conta, ao profissional

____/____/____

cumprir as orientações do profissional responsável por minha conta, ao profissional

____/____/____

Dra Ana Paula Gruntau de Azevedo
Cirurgiã dentista

CRO-MS 6043

Nome do Profissional Executante:

Guia: 400153

Ana Paula Quintini de Aguiar

CRO/UF: 60431 MS

Data do Exame: 29/10/20

Nome do Beneficiário:

Jorge Luiz Ferreira de Almeida

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bola																
Reces.																
Bola																
Reces.																

MOBILIDADE	X	X	X	I	I	X	I	I	I	II	I	I	II	X	III	X
FURCA	X	X	X	I	I	X	I	I	I	II	I	I	II	X	III	X

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bola																
Reces.																
Bola																
Reces.																

MOBILIDADE	I	II	X	I	II	X	III	III	III	X	III	II	II	X	I	I
FURCA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATA: 29/10/20

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

Dra Ana Paula Quintini de Aguiar
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

2-N

49-Obsonwağ

contato. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), informo 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.

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado local e Código do Empreendimento

Dra Ana Paula Quintana de Azevedo

Cirurgiă-dentistă

CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo

Cirurgiā-dentista

CRO-MS 6043