



2-Nº

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os preços, 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 os procedimentos (resíduos) acima e abaixo assinados (s) foram realizados (s) por mim mesmo 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/2011		4-Data de Autorização 11/06/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8389753		7-Data Validade da Senha 11/06/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000020253403810000000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira 11/06/2011				12-Telefone ()				13-Nome JULLIA PIERUCCINI BARBOSA DE OLIVEIRA			
14-Telefone ()				15-Data Validade da Carteira 11/06/2011				16-Data Validade da Carteira 11/06/2011			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		19-Número no CRO 42544		20-UF RJ		21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		22-Data Validade da Carteira 11/06/2011	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113630764770		24-Nome do Contratado Examinante RAMAYANA HERINGER LAGE		25-Número no CRO 42544		26-UF RJ		27-Código CBO S 42544		28-Data Validade da Carteira 11/06/2011	
29-Nome do Profissional Examinante RAMAYANA HERINGER LAGE											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Fase		35-Qtd	
1-0001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		46		O		1		61100	
2-0001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		36		O		1		61100	
3-0001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		11		V		1		61100	
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											
19-1											
20-1											
21-1											
22-1											
23-1											
24-1											
25-1											
26-1											
27-1											
28-1											
29-1											
30-1											
31-1											
32-1											
33-1											
34-1											
35-1											
36-1											
37-1											
38-1											
39-1											
40-1											
41-1											
42-1											
43-1											
44-1											
45-1											
46-1											
47-1											
48-1											
49-1											
50-1											
51-1											
52-1											
53-1											
54-1											
55-1											
56-1											
57-1											
58-1											
59-1											
60-1											
61-1											
62-1											
63-1											
64-1											
65-1											
66-1											
67-1											
68-1											
69-1											
70-1											
71-1											
72-1											
73-1											
74-1											
75-1											
76-1											
77-1											
78-1											
79-1											
80-1											
81-1											
82-1											
83-1											
84-1											
85-1											
86-1											
87-1											
88-1											
89-1											
90-1											
91-1											
92-1											
93-1											
94-1											
95-1											
96-1											
97-1											
98-1											
99-1											
100-1											
101-1											
102-1											
103-1											
104-1											
105-1											
106-1											
107-1											
108-1											
109-1											
110-1											
111-1											
112-1											
113-1											
114-1											
115-1											
116-1											
117-1											
118-1											
119-1											
120-1											
121-1											
122-1											
123-1											
124-1											
125-1											
126-1											
127-1											
128-1											
129-1											
130-1											
131-1											
132-1											
133-1											
134-1											
135-1											
136-1											
137-1											
138-1											
139-1											
140-1											
141-1											
142-1											
143-1											
144-1											
145-1											
146-1											
147-1											
148-1											
149-1											
150-1											
151-1											
152-1											
153-1											
154-1											
155-1											
156-1											
157-1											
158-1											
159-1											
160-1											
161-1											
162-1											
163-1											
164-1											
165-1											
166-1											
167-1											
168-1											
169-1											
170-1											
171-1											
172-1											
173-1											
174-1											
175-1											
176-1											
177-1											
178-1											
179-1											
180-1											
181-1											
182-1											
183-1											
184-1											
185-1											
186-1											
187-1											
188-1											
189-1											
190-1											
191-1											
192-1											
193-1											
194-1											
195-1											
196-1											
197-1											
198-1											
199-1											
200-1											
201-1											
202-1											
203-1											
204-1											
205-1											
206-1											
207-1											
208-1											
209-1											
210-1											
211-1											
212-1											
213-1											
214-1											
215-1											
216-1											
217-1											
218-1											

[REDACTED]

2. N 498042
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeDILEUDE RODRIGUES CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

1000

FOR THE BOARD OF DIRECTORS

Figure 1

111

— — — — —

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

.....

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, os custos e alternativas de pagamento, 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, ainda que este procedimento seja realizado com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Osebra a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores estabelecidos no tratamento indicado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

00 591 319 3

1	9	0	3	1	2	1
---	---	---	---	---	---	---

CNPJ - 32423372/0001-17



501455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANG 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2013	4-Data de Autorização 18/03/2011	5-Signatário AUTORIZADO	6-Número da Guia Prontuário 8395143	7-Data de Entrega da Guia 15/06/2011	8-Número da Guia Prontuário 501455
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------	--	---	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data de Entrega da Guia 11/07/2013		12-Número do Contrato 123456789	
8-Número da Carteira 101020202510202030202040302011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data de Entrega da Guia 29/01/2058		14-Telefone (1212) 9911711563	
13-Nome NEUSA MARIA DA SILVA PRAZERES		15-Data de Entrega da Guia 29/01/2058		16-Telefone (1212) 9911711563		17-Número do Contrato 123456789	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CBO 42544		19-Código CBO 025		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RT N		20-Número no CBO 42544		21-Código CBO 025		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1136310176477011		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		23-Código CBO 42544		24-Código CBO 025	
25-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		26-Número no CBO 42544		27-Código CBO 025		28-Código CBO 025	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Conta 42-Assinatura
1	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
2	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
3	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
4	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
5	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
6	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
7	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
8	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
9	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
10	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
11	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
12	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
13	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
14	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211
15	0101853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0	0	0	0	0	0	0	1211

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 10100
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					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2011 Ramayana H. Lage	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2011 Ramayana H. Lage	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2011 Neusa Maria da Silva Prazeres	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/03/2011 CNPJ - 32423372/0001-17
--	--	---	--



五

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/02	4-Data de Autorização 18/10/13	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8293199	7-Data Validade da Senha 12/10/15	8-Número da Carteira 00202533794000102	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 475400 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
13-Nome GEOVANA GOMES SOUZA											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano JERRIMARA QUARESMA GOMES											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1363071614770											
22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE											
23-Número no CRO 42544											
24-UF RJ											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE											
27-Número no CRO 42544											
28-UF RJ											
29-Código CBO S											
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 Guia											
42-Data de Realização											
43-Data Previsão 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\$											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/13 Rio das Ostras Cirurgião-Dentista RAMAYANA HERINGER LAGE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 11/10/13 Rio das Ostras Cirurgião-Dentista JERRIMARA QUARESMA GOMES	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/13 Rio das Ostras CNPJ - 324233720001-17
--	---	---



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/2013 11:21

4-Data de Autorização
11/18/2013 11:21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8382537

7-Data Validação da Semana
11/10/2013 11:21

8-Número da Carteira
010210253379400101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
11/11/2013

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JERRIMARA QUARESMA GOMES

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
JERRIMARA QUARESMA GOMES

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
113163107614177011

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

24-UF
RJ

25-Código CNES
42544

26-UF
RJ

27-Número no CRO
42544

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Código do Procedimento

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
24

34-Face
O

35-Qtd
1

36-Quantidade US
61100

37-Valor
011000

38-Franquia/Co-participação RS
025 - Faturar Empresa

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/13/2013

41-Motivo da Guia
42-Justificativa

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11

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

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

46-Total Quantidade US
61100

47-Valor Total R\$
011000

48-Total Franquia / Co-participação RS
011000

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/19/2013 11:21 RAMAYANA H LAGE

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Operador
11/19/2013 11:21 JERRIMARA H LAGE

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário
11/19/2013 11:21 JERRIMARA H LAGE

53-Data, local e Assinatura 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.

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/19/2013 11:21 RAMAYANA H LAGE

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Operador
11/19/2013 11:21 JERRIMARA H LAGE

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário
11/19/2013 11:21 JERRIMARA H LAGE

57-Data, local e Assinatura 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.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2x4

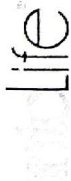
491245
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/10/2013		4-Data de Autorização 19/10/2013		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8356927		7-Data Validade da Sentença 02/10/2016		491245 INTERCAMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 00202012534876200000010101												11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS												15-Nome do titular do plano NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE		18-Número no CRO 42544		19-UF RJ		20-Código CSO S 025 -		Faturar Empresa															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1131613071614770		22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE										25-Código CHES													
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544										28-UF RJ		29-Código CSO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos 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 RS		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia			
1-10		08511001196		RESTAURAÇÃO RESINA		27		O		1		61100		0		0		0		19/10/2013		41-Motivo da Guia			
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 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-Valor Total RS		48-Tipo Fatorial	
/ /		/ /		1		1		1		1		1		1		1		1		1		0,00		RS	

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 cisi) procedimentos(s) cescitici(s) acima, e por mim, assinado(s) foiffoim 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

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/2013 Ramayana H. Lage		51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/10/2013 Nathan Almeida		52-Data local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato 19/10/2013 Ramayana H. Lage		53-Data local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores 19/10/2013 Ramayana H. Lage	
CRO RJ 42544		CRO RJ 42544		CRO RJ 42544		CNPJ - 324233720001-17	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
03/10/2013

4-Data de Autorização
19/10/2013

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8353483

7-Data Validação da Senha
01/10/2013

490416
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
010120125357597010010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DANILO SANTOS DA CONCEICAO NETO

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
DANILO SANTOS DA CONCEICAO NETO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAMAYANA HERINGER LAGE

18-Número no CRO
42544

19-UF
RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
113630761477011

22-Nome do Contratado Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

23-Número no CRO
42544

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RAMAYANA HERINGER LAGE

27-Número no CRO
42544

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos 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 RS			39-Aut	40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0								1			3	4	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2013