



3-Dia do Emissão da Guia	15/10/21
4-Dia de Autorização	18/10/21
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8386711
7-Dia Validade de Senha	13/10/21

2º de Carreira 2 1 2 0 2 5 3 6 3 4 6 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dentia Validada da Carreira ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 
--	---	---	--	---

13- Nome do titular do plano	PALOMA WINNIE ALVES PANTALEAO
14- Telefone	(21) 98941-8032
12/06/2006	
15- Nome do responsável pelo Tratamento	ANNA ALVES MARIANO

Endereço e RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -	
ELIANE BISPO DE ALENCAR		ELIANE BISPO DE ALENCAR		16512		RJ				Faturar Empresa	
Cargo na Operação / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
2 6 2 0 8 3 3 7 8 7		ELIANE BISPO DE ALENCAR		16512		RJ					

 CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Ministério da Educação	1º do Profissional Executante	ANE BISPO DE ALENCAR
28-JF RJ	27-Número no CRO 16512	29-Código CBO S

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 Class 42-Ass
e Tratamento / Procedimentos Solicitados										

0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3 4 0 0		0 0 0 0		S 15 003 1 21
0 8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1		7 3 0 0		0 0 0 0		S 48 003 1 21
0 8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1		7 3 0 0		0 0 0 0		S 48 003 1 21
0 8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1		7 3 0 0		0 0 0 0		S 42 003 1 21
0 8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1		7 3 0 0		0 0 0 0		S 42 003 1 21

A vertical timeline of the 20th century, starting at 1900 and ending at 2000. The timeline is marked with years and includes major historical events such as the Russian Revolution, World War I, the Great Depression, World War II, the Cold War, and the end of the century.

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação

☐ 1-1-Resumen	☐ 1-Total	3	12	6	0	0
☐ 2-Octubre	☐ 2-Parcial	0	0	0	0	0
☐ 3-Enero						
☐ 4-Mayo						
☐ 5-Agosto						
☐ 6-Diciembre						
☐ 7-Enero						
☐ 8-Abril						
☐ 9-Agosto						
☐ 10-Diciembre						
☐ 11-Enero						
☐ 12-Abril						
☐ 13-Agosto						
☐ 14-Diciembre						
☐ 15-Enero						
☐ 16-Abril						
☐ 17-Agosto						
☐ 18-Diciembre						
☐ 19-Enero						
☐ 20-Abril						
☐ 21-Agosto						
☐ 22-Diciembre						
☐ 23-Enero						
☐ 24-Abril						
☐ 25-Agosto						
☐ 26-Diciembre						
☐ 27-Enero						
☐ 28-Abril						
☐ 29-Agosto						
☐ 30-Diciembre						
☐ 31-Enero						
☐ 32-Abril						
☐ 33-Agosto						
☐ 34-Diciembre						
☐ 35-Enero						
☐ 36-Abril						
☐ 37-Agosto						
☐ 38-Diciembre						
☐ 39-Enero						
☐ 40-Abril						
☐ 41-Agosto						
☐ 42-Diciembre						
☐ 43-Enero						
☐ 44-Abril						
☐ 45-Agosto						
☐ 46-Diciembre						
☐ 47-Enero						
☐ 48-Abril						
☐ 49-Agosto						
☐ 50-Diciembre						
☐ 51-Enero						
☐ 52-Abril						
☐ 53-Agosto						
☐ 54-Diciembre						
☐ 55-Enero						
☐ 56-Abril						
☐ 57-Agosto						
☐ 58-Diciembre						
☐ 59-Enero						
☐ 60-Abril						
☐ 61-Agosto						
☐ 62-Diciembre						
☐ 63-Enero						
☐ 64-Abril						
☐ 65-Agosto						
☐ 66-Diciembre						
☐ 67-Enero						
☐ 68-Abril						
☐ 69-Agosto						
☐ 70-Diciembre						
☐ 71-Enero						
☐ 72-Abril						
☐ 73-Agosto						
☐ 74-Diciembre						
☐ 75-Enero						
☐ 76-Abril						

o que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme aquela apresentação, autorizo a execução do tratamento, com comprometimento a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos decorrentes do(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s), todavia realizado(s) conforme realizado(s), de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, o valor de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais) para custear o tratamento.

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

1

Sl. No.	NAME OF THE CANDIDATE	MARKS
1	ABHIRAM K	65
2	ABHIRAM K	65
3	ABHIRAM K	65
4	ABHIRAM K	65
5	ABHIRAM K	65
6	ABHIRAM K	65
7	ABHIRAM K	65
8	ABHIRAM K	65
9	ABHIRAM K	65
10	ABHIRAM K	65
11	ABHIRAM K	65
12	ABHIRAM K	65
13	ABHIRAM K	65
14	ABHIRAM K	65
15	ABHIRAM K	65
16	ABHIRAM K	65
17	ABHIRAM K	65
18	ABHIRAM K	65
19	ABHIRAM K	65
20	ABHIRAM K	65
21	ABHIRAM K	65
22	ABHIRAM K	65
23	ABHIRAM K	65
24	ABHIRAM K	65
25	ABHIRAM K	65
26	ABHIRAM K	65
27	ABHIRAM K	65
28	ABHIRAM K	65
29	ABHIRAM K	65
30	ABHIRAM K	65
31	ABHIRAM K	65
32	ABHIRAM K	65
33	ABHIRAM K	65
34	ABHIRAM K	65
35	ABHIRAM K	65
36	ABHIRAM K	65
37	ABHIRAM K	65
38	ABHIRAM K	65
39	ABHIRAM K	65
40	ABHIRAM K	65
41	ABHIRAM K	65
42	ABHIRAM K	65
43	ABHIRAM K	65
44	ABHIRAM K	65
45	ABHIRAM K	65
46	ABHIRAM K	65
47	ABHIRAM K	65
48	ABHIRAM K	65
49	ABHIRAM K	65
50	ABHIRAM K	65
51	ABHIRAM K	65
52	ABHIRAM K	65
53	ABHIRAM K	65
54	ABHIRAM K	65
55	ABHIRAM K	65
56	ABHIRAM K	65
57	ABHIRAM K	65
58	ABHIRAM K	65
59	ABHIRAM K	65
60	ABHIRAM K	65
61	ABHIRAM K	65
62	ABHIRAM K	65
63	ABHIRAM K	65
64	ABHIRAM K	65
65	ABHIRAM K	65
66	ABHIRAM K	65
67	ABHIRAM K	65
68	ABHIRAM K	65
69	ABHIRAM K	65
70	ABHIRAM K	65
71	ABHIRAM K	65
72	ABHIRAM K	65
73	ABHIRAM K	65
74	ABHIRAM K	65
75	ABHIRAM K	65
76	ABHIRAM K	65
77	ABHIRAM K	65
78	ABHIRAM K	65
79	ABHIRAM K	65
80	ABHIRAM K	65
81	ABHIRAM K	65
82	ABHIRAM K	65
83	ABHIRAM K	65
84	ABHIRAM K	65
85	ABHIRAM K	65
86	ABHIRAM K	65
87	ABHIRAM K	65
88	ABHIRAM K	65
89	ABHIRAM K	65
90	ABHIRAM K	65
91	ABHIRAM K	65
92	ABHIRAM K	65
93	ABHIRAM K	65
94	ABHIRAM K	65
95	ABHIRAM K	65
96	ABHIRAM K	65
97	ABHIRAM K	65
98	ABHIRAM K	65
99	ABHIRAM K	65
100	ABHIRAM K	65

53-Data, local e Assinatura do Cliente	/ /	/ /	
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	/ /	/ /	
55-Data, local e Assinatura do Gerente-Dentista	12/11/03	03/11/03	
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/11/03	03/11/03	

[illegible]