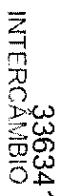


2-N



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

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


336859
INTERCAMBIO

1-Região ANS
406414

2-Dia de Emissão da Guia
09/10/17

3-Data de Autuação
12/11/17

4-Sinistro
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
7694169

6-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

7-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

8-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Data de Emissão da Guia
09/10/17

10-Número da Carteira
101020215305932000010101013

11-Plano
POS REDE PRESTADORA

12-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

13-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

14-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome
LEILANE LUCIA SANTOS VIEIRA

16-Data de Autuação
11/02/1999

17-Telefone
1644219760

18-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

19-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

20-Número no CRO
44678

21-UF
RJ

22-Código CBO S
20

23-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

24-Número do Cartão Nacional de Saúde

25-Atendimento a RUI
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

26-Número no CRO
44678

27-UF
RJ

28-Código CBO S
20

29-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

30-Número do Cartão Nacional de Saúde

31-Nome do Profissional Responsável
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

32-Número no CRO
44678

33-UF
RJ

34-Código CBO S
20

35-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

36-Número do Cartão Nacional de Saúde

37-Nome do Profissional Responsável
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

38-Número no CRO
44678

39-UF
RJ

40-Código CBO S
20

41-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

42-Número do Cartão Nacional de Saúde

43-Data de Emissão da Guia
09/10/17

44-Plano
POS REDE PRESTADORA

45-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

46-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

47-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

48-Número do Cartão Nacional de Saúde

49-Data de Emissão da Guia
09/10/17

50-Plano
POS REDE PRESTADORA

51-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

52-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

53-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

54-Número do Cartão Nacional de Saúde

55-Data de Emissão da Guia
09/10/17

56-Plano
POS REDE PRESTADORA

57-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

58-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

59-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

60-Número do Cartão Nacional de Saúde

61-Data de Emissão da Guia
09/10/17

62-Plano
POS REDE PRESTADORA

63-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

64-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

65-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

66-Número do Cartão Nacional de Saúde

67-Data de Emissão da Guia
09/10/17

68-Plano
POS REDE PRESTADORA

69-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

70-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

71-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

72-Número do Cartão Nacional de Saúde

73-Data de Emissão da Guia
09/10/17

74-Plano
POS REDE PRESTADORA

75-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

76-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

77-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

78-Número do Cartão Nacional de Saúde

79-Data de Emissão da Guia
09/10/17

80-Plano
POS REDE PRESTADORA

81-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

82-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

83-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

84-Número do Cartão Nacional de Saúde

85-Data de Emissão da Guia
09/10/17

86-Plano
POS REDE PRESTADORA

87-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

88-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

89-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

90-Número do Cartão Nacional de Saúde

91-Data de Emissão da Guia
09/10/17

92-Plano
POS REDE PRESTADORA

93-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

94-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

95-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

96-Número do Cartão Nacional de Saúde

97-Data de Emissão da Guia
09/10/17

98-Plano
POS REDE PRESTADORA

99-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

100-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

101-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

102-Número do Cartão Nacional de Saúde

103-Data de Emissão da Guia
09/10/17

104-Plano
POS REDE PRESTADORA

105-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

106-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

107-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

108-Número do Cartão Nacional de Saúde

109-Data de Emissão da Guia
09/10/17

110-Plano
POS REDE PRESTADORA

111-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

112-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

113-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

114-Número do Cartão Nacional de Saúde

115-Data de Emissão da Guia
09/10/17

116-Plano
POS REDE PRESTADORA

117-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

118-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

119-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

120-Número do Cartão Nacional de Saúde

121-Data de Emissão da Guia
09/10/17

122-Plano
POS REDE PRESTADORA

123-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

124-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

125-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

126-Número do Cartão Nacional de Saúde

127-Data de Emissão da Guia
09/10/17

128-Plano
POS REDE PRESTADORA

129-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

130-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

131-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

132-Número do Cartão Nacional de Saúde

133-Data de Emissão da Guia
09/10/17

134-Plano
POS REDE PRESTADORA

135-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

136-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

137-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

138-Número do Cartão Nacional de Saúde

139-Data de Emissão da Guia
09/10/17

140-Plano
POS REDE PRESTADORA

141-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

142-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

143-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

144-Número do Cartão Nacional de Saúde

145-Data de Emissão da Guia
09/10/17

146-Plano
POS REDE PRESTADORA

147-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

148-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

149-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

150-Número do Cartão Nacional de Saúde

151-Data de Emissão da Guia
09/10/17

152-Plano
POS REDE PRESTADORA

153-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

154-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

155-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

156-Número do Cartão Nacional de Saúde

157-Data de Emissão da Guia
09/10/17

158-Plano
POS REDE PRESTADORA

159-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

160-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

161-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

162-Número do Cartão Nacional de Saúde

163-Data de Emissão da Guia
09/10/17

164-Plano
POS REDE PRESTADORA

165-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

166-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

167-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

168-Número do Cartão Nacional de Saúde

169-Data de Emissão da Guia
09/10/17

170-Plano
POS REDE PRESTADORA

171-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

172-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

173-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

174-Número do Cartão Nacional de Saúde

175-Data de Emissão da Guia
09/10/17

176-Plano
POS REDE PRESTADORA

177-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

178-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

179-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

180-Número do Cartão Nacional de Saúde

181-Data de Emissão da Guia
09/10/17

182-Plano
POS REDE PRESTADORA

183-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

184-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

185-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

186-Número do Cartão Nacional de Saúde

187-Data de Emissão da Guia
09/10/17

188-Plano
POS REDE PRESTADORA

189-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

190-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

191-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

192-Número do Cartão Nacional de Saúde

193-Data de Emissão da Guia
09/10/17

194-Plano
POS REDE PRESTADORA

195-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

196-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

197-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

198-Número do Cartão Nacional de Saúde

199-Data de Emissão da Guia
09/10/17

200-Plano
POS REDE PRESTADORA

201-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

202-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

203-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

204-Número do Cartão Nacional de Saúde

205-Data de Emissão da Guia
09/10/17

206-Plano
POS REDE PRESTADORA

207-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

208-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

209-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

210-Número do Cartão Nacional de Saúde

211-Data de Emissão da Guia
09/10/17

212-Plano
POS REDE PRESTADORA

213-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

214-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

215-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

216-Número do Cartão Nacional de Saúde

217-Data de Emissão da Guia
09/10/17

218-Plano
POS REDE PRESTADORA

219-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

220-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

221-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

222-Número do Cartão Nacional de Saúde

223-Data de Emissão da Guia
09/10/17

224-Plano
POS REDE PRESTADORA

225-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

226-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

227-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

228-Número do Cartão Nacional de Saúde

229-Data de Emissão da Guia
09/10/17

230-Plano
POS REDE PRESTADORA

231-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

232-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

233-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

234-Número do Cartão Nacional de Saúde

235-Data de Emissão da Guia
09/10/17

236-Plano
POS REDE PRESTADORA

237-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

238-Nome do titular do plano
NILCEA DA SILVA SANTOS

239-Data Validade da Sinistro
10/17/110/12/10

240-Número do Cartão Nacional de Saúde


336871
INTERCÂMBIO

Inscrição para o Sesi

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/19/07 7/12/07 4-Data de Autorização 12/3/10 7/12/07 5-Sessão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7694239 7-Data Vencimento da Sessão 10/7/11 10/12/07

8-Número da Carteira 10/02/02 530593200000010102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIRIAN SANTOS VIEIRA 23/07/1989 14-Telefone 164442191760 15-Nome do titular do plano NILCEA DA SILVA SANTOS

16-Advertimento a RV 17-Nome do Profissional Solidário RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código no CRO 44678 22-UF RJ 23-Código CBO S 24-UF RJ 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cdt 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0101811000000515	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	314,1010	0,1010			23/07/2007	R\$	
2-101018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	316,1010	0,1010			23/07/2007	R\$	
3-101018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	316,1010	0,1010			23/07/2007	R\$	
4-101018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	316,1010	0,1010			23/07/2007	R\$	
5-101018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	316,1010	0,1010			23/07/2007	R\$	
6-101018530000471												
7-101018530000471												
8-101018530000471												
9-101018530000471												
10-101018530000471												
11-101018530000471												
12-101018530000471												
13-101018530000471												
14-101018530000471												
15-101018530000471												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgica 4-Higiene/Emergência	1-1-Total 2-Parcial										

Decisão, que após ter sido devidamente esboçada sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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(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

Sociedade, Geral e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, Geral e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, Geral e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, Geral e Assinatura da Empresa

23/07/2007 23/07/2007 23/07/2007 23/07/2007

Mirian S. Santos


336971
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS

406414

3.º Data de Emissão da Guia

09/07/2010

4.º Data de Autorização

15/07/2010

5.º Sembr

AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal

7694737

7.º Data Validação da Sembr

07/10/2010

8.º Nome do Beneficiário

JOAO AUGUSTO DO REGO NETO

9.º Nome da Empresa

POS REDE PRESTADORA

10.º Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11.º Data Validade da Carteira

12.º Nome do Cartão Nacional da Saúde

13.º Nome do titular do plano

CARLOS HENRIQUE DO REGO

14.º Telefone

27/06/2002

15.º Nome do titular do plano

CARLOS HENRIQUE DO REGO

16.º Assinatura a FN

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

17.º Nome do Profissional Solicitante

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18.º Número no CRO

44678

19.º UF

RJ

20.º Código CBO S

025 -

21.º Código no Operadora / CNPJ / CPF

11415151231317147111

22.º Nome do Contratado Executante

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

23.º Número no CRO

44678

24.º UF

RJ

25.º Código CNES

26.º Nome do Profissional Executante

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

27.º Número no CRO

44678

28.º UF

RJ

29.º Código CBO S

30.º Frangível/Co-participação R\$

31.º Valor

32.º Frangível/Co-participação R\$

33.º Aut

34.º Data de Realização

35.º Motivo da Guia

36.º Assinatura

37.º Valor Total R\$

38.º Total Frangível / Co-participação R\$

39.º Valor Total R\$

40.º Total Frangível / Co-participação R\$

41.º Valor Total R\$

42.º Total Frangível / Co-participação R\$

43.º Valor Total R\$

44.º Total Frangível / Co-participação R\$

45.º Valor Total R\$

46.º Total Frangível / Co-participação R\$

47.º Valor Total R\$

48.º Total Frangível / Co-participação R\$

49.º Valor Total R\$

50.º Total Frangível / Co-participação R\$

51.º Valor Total R\$

52.º Total Frangível / Co-participação R\$

53.º Valor Total R\$

54.º Total Frangível / Co-participação R\$

55.º Valor Total R\$

56.º Total Frangível / Co-participação R\$

57.º Valor Total R\$

58.º Total Frangível / Co-participação R\$

59.º Valor Total R\$

60.º Total Frangível / Co-participação R\$

61.º Valor Total R\$

62.º Total Frangível / Co-participação R\$

63.º Valor Total R\$

64.º Total Frangível / Co-participação R\$

65.º Valor Total R\$

66.º Total Frangível / Co-participação R\$

67.º Valor Total R\$

68.º Total Frangível / Co-participação R\$

69.º Valor Total R\$

70.º Total Frangível / Co-participação R\$

71.º Valor Total R\$

72.º Total Frangível / Co-participação R\$

73.º Valor Total R\$

74.º Total Frangível / Co-participação R\$

75.º Valor Total R\$

76.º Total Frangível / Co-participação R\$

77.º Valor Total R\$

78.º Total Frangível / Co-participação R\$

79.º Valor Total R\$

80.º Total Frangível / Co-participação R\$

81.º Valor Total R\$

82.º Total Frangível / Co-participação R\$

83.º Valor Total R\$

84.º Total Frangível / Co-participação R\$

85.º Valor Total R\$

86.º Total Frangível / Co-participação R\$

87.º Valor Total R\$

88.º Total Frangível / Co-participação R\$

89.º Valor Total R\$

90.º Total Frangível / Co-participação R\$

91.º Valor Total R\$

92.º Total Frangível / Co-participação R\$

93.º Valor Total R\$

94.º Total Frangível / Co-participação R\$

95.º Valor Total R\$

96.º Total Frangível / Co-participação R\$

97.º Valor Total R\$

98.º Total Frangível / Co-participação R\$

99.º Valor Total R\$

100.º Total Frangível / Co-participação R\$

101.º Valor Total R\$

102.º Total Frangível / Co-participação R\$

103.º Valor Total R\$

104.º Total Frangível / Co-participação R\$

105.º Valor Total R\$

106.º Total Frangível / Co-participação R\$

107.º Valor Total R\$

108.º Total Frangível / Co-participação R\$

109.º Valor Total R\$

110.º Total Frangível / Co-participação R\$

111.º Valor Total R\$

112.º Total Frangível / Co-participação R\$

113.º Valor Total R\$

114.º Total Frangível / Co-participação R\$

115.º Valor Total R\$

116.º Total Frangível / Co-participação R\$

117.º Valor Total R\$

118.º Total Frangível / Co-participação R\$

119.º Valor Total R\$

120.º Total Frangível / Co-participação R\$

121.º Valor Total R\$

122.º Total Frangível / Co-participação R\$

123.º Valor Total R\$

124.º Total Frangível / Co-participação R\$

125.º Valor Total R\$

126.º Total Frangível / Co-participação R\$

127.º Valor Total R\$

128.º Total Frangível / Co-participação R\$

129.º Valor Total R\$

130.º Total Frangível / Co-participação R\$

131.º Valor Total R\$

132.º Total Frangível / Co-participação R\$

133.º Valor Total R\$

134.º Total Frangível / Co-participação R\$

135.º Valor Total R\$

136.º Total Frangível / Co-participação R\$

137.º Valor Total R\$

138.º Total Frangível / Co-participação R\$

139.º Valor Total R\$

140.º Total Frangível / Co-participação R\$

141.º Valor Total R\$

142.º Total Frangível / Co-participação R\$

143.º Valor Total R\$

144.º Total Frangível / Co-participação R\$

145.º Valor Total R\$

146.º Total Frangível / Co-participação R\$

147.º Valor Total R\$

148.º Total Frangível / Co-participação R\$

149.º Valor Total R\$

150.º Total Frangível / Co-participação R\$

151.º Valor Total R\$

152.º Total Frangível / Co-participação R\$

153.º Valor Total R\$

154.º Total Frangível / Co-participação R\$

155.º Valor Total R\$

156.º Total Frangível / Co-participação R\$

157.º Valor Total R\$

158.º Total Frangível / Co-participação R\$

159.º Valor Total R\$

160.º Total Frangível / Co-participação R\$

161.º Valor Total R\$

162.º Total Frangível / Co-participação R\$

163.º Valor Total R\$

164.º Total Frangível / Co-participação R\$

165.º Valor Total R\$

166.º Total Frangível / Co-participação R\$

167.º Valor Total R\$

168.º Total Frangível / Co-participação R\$

169.º Valor Total R\$

170.º Total Frangível / Co-participação R\$

171.º Valor Total R\$

172.º Total Frangível / Co-participação R\$

173.º Valor Total R\$

174.º Total Frangível / Co-participação R\$

175.º Valor Total R\$

176.º Total Frangível / Co-participação R\$

177.º Valor Total R\$

178.º Total Frangível / Co-participação R\$

179.º Valor Total R\$

180.º Total Frangível / Co-participação R\$

181.º Valor Total R\$

182.º Total Frangível / Co-participação R\$

183.º Valor Total R\$

184.º Total Frangível / Co-participação R\$

185.º Valor Total R\$

186.º Total Frangível / Co-participação R\$

187.º Valor Total R\$

188.º Total Frangível / Co-participação R\$

189.º Valor Total R\$

190.º Total Frangível / Co-participação R\$

191.º Valor Total R\$

192.º Total Frangível / Co-participação R\$

193.º Valor Total R\$

194.º Total Frangível / Co-participação R\$

195.º Valor Total R\$

196.º Total Frangível / Co-participação R\$

197.º Valor Total R\$

198.º Total Frangível / Co-participação R\$

199.º Valor Total R\$

200.º Total Frangível / Co-participação R\$

201.º Valor Total R\$

202.º Total Frangível / Co-participação R\$

203.º Valor Total R\$

204.º Total Frangível / Co-participação R\$

205.º Valor Total R\$

206.º Total Frangível / Co-participação R\$

207.º Valor Total R\$

208.º Total Frangível / Co-participação R\$

209.º Valor Total R\$

210.º Total Frangível / Co-participação R\$

211.º Valor Total R\$

212.º Total Frangível / Co-participação R\$

213.º Valor Total R\$

214.º Total Frangível / Co-participação R\$

215.º Valor Total R\$

216.º Total Frangível / Co-participação R\$

217.º Valor Total R\$

218.º Total Frangível / Co-participação R\$

219.º Valor Total R\$

220.º Total Frangível / Co-participação R\$

221.º Valor Total R\$

222.º Total Frangível / Co-participação R\$

223.º Valor Total R\$

224.º Total Frangível / Co-participação R\$

225.º Valor Total R\$

226.º Total Frangível / Co-participação R\$

227.º Valor Total R\$

228.º Total Frangível / Co-participação R\$

229.º Valor Total R\$

230.º Total Frangível / Co-participação R\$

231.º Valor Total R\$

232.º Total Frangível / Co-participação R\$

233.º Valor Total R\$

234.º Total Frangível / Co-participação R\$

235.º Valor Total R\$

236.º Total Frangível / Co-participação R\$

237.º Valor Total R\$

238.º Total Frangível / Co-participação R\$

239.º Valor Total R\$

240.º Total Frangível / Co-participação R\$

241.º Valor Total R\$

242.º Total Frangível / Co-participação R\$

243.º Valor Total R\$

244.º Total Frangível / Co-participação R\$

245.º Valor Total R\$

246.º Total Frangível / Co-participação R\$

247.º Valor Total R\$

248.º Total Frangível / Co-participação R\$

249.º Valor Total R\$

250.º Total Frangível / Co-participação R\$

251.º Valor Total R\$

252.º Total Frangível / Co-participação R\$

253.º Valor Total R\$

254.º Total Frangível / Co-participação R\$

255.º Valor Total R\$

256.º Total Frangível / Co-participação R\$

257.º Valor Total R\$

258.º Total Frangível / Co-participação R\$

259.º Valor Total R\$

260.º Total Frangível / Co-participação R\$

261.º Valor Total R\$

262.º Total Frangível / Co-participação R\$

263.º Valor Total R\$

264.º Total Frangível / Co-participação R\$

265.º Valor Total R\$

266.º Total Frangível / Co-participação R\$

267.º Valor Total R\$

268.º Total Frangível / Co-participação R\$

269.º Valor Total R\$

270.º Total Frangível / Co-participação R\$

271.º Valor Total R\$

272.º Total Frangível / Co-participação R\$

273.º Valor Total R\$

274.º Total Frangível / Co-participação R\$

275.º Valor Total R\$

276.º Total Frangível / Co-participação R\$

277.º Valor Total R\$

278

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



339559
INTERCÂMBIO

1-Seguro ANS 406414 3-Data de Emissão do Cartão 11/05/10 4-Data de Autenticação 12/03/10 5-Sinistra AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7706607 7-Data Validade da Sinistra 11/03/11 8-Data Validade do Cartão 11/02/10

9-Número da Carteira 0101210121521411167010046901 10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JACQUELINE LUZIA LOPES DA SILVA 14-Telefone 11/04/1984 15-Nome do titular do plano JACQUELINE LUZIA LOPES DA SILVA

16-Data de Contato Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-UF RJ 19-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 20-Código CBO S 44678 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 11415121313171471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

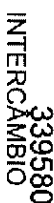
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moção da Glor	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	1611010	0101010	51	12/03/10	07/2010	07/2010	07/2010
2-1												
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 Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 611010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

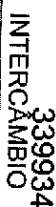
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 12/03/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/10



42-Assinatura



_____, por meio de, ou promissor em cartado que assina esse documento, os valores

_____.

40 O banco não _____.



341324
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406814	3-Data de Emissão da Guia 11/7/07 12:01	4-Data de Autorização 28/10/07 12:01	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7714701	7-Data Validada ca Série 15/11/07 12:01
8-Número da Carteira 010202524111670004777011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	11-Data Validada da Carteira 11/11/11
13-Nome ANA PAULA REIS DO NASCIMENTO			14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome de Inicial do plano ANA PAULA REIS DO NASCIMENTO	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 14552333747		22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		18-Número no CRO 44678	19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES		27-Número no CRO 44678		24-UF RJ	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquicia/Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-00	0811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			28/10/07	0202	RAE
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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, compreendendo-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
28/10/2007

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/2007

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
28/10/2007

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/2007

ANA PAULA REIS

2-N

344726
INTERCĂMBIO

© 2000 The McGraw-Hill Companies

INTERCAMBIO

27/07/1984

LUCIANA SILVA DE SOUZA

Padres de Contratación Responsables: Pablo Trujillo

16-Agendamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

18-Número no CRC
4467819-UF
RJ

Page 5 of 5

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1	4	5	5	2	3	3	3	7	4	7
22-Name do Contratado Executante	RAFAELA ARAUJO RODRIGUES										

23-Número no CRO
44678

24-UF
RJ5-Código CNEB

RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

27-Número no CRC
44678

28-UF
RJ

edigo CBO S

[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	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	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

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	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible][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	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	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible][illegible][illegible]

43	Diária Previsão Término do Tratamento	
44	Tipo de Atendimento	
45	Tipo de Faturamento	
46	Identificação US	
47	Valor Totais	
48	Tela Fatura e Condição de Pag	

[illegible]

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 anexo.

contabilizar, liquidar, anular ou cancelar, bem como, em qualquer hipótese, não se responsabilizar por danos ou perdas de terceiros decorrentes do tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Obiettivo

[illegible]

53-089,apel e Cartão da Empresa

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



347719
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4006414

3-Data de Emissão da Guia 12/9/10

4-Data de Autorização 12/9/10

5-Sinla AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal 7744898

7-Data Validade da Sinla 12/7/11

8-Numero da Carteira 100202530858000001021

9-Ano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 12/7/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KETLEN VITORIA DE SOUZA ALVES

14-Relação 14/07/2006

15-Nome do titular do plano LUCIANA SILVA DE SOUZA

16-Endereço do Contratado R. da Glória 44678

17-Endereço do Profissional 44678

18-Numero no CRO 44678

19-UF RJ

20-Código CBO S

21-Código CBO S

22-UF RJ

23-Código CBO S

24-UF RJ

25-Código CBO S

26-UF RJ

27-Código CBO S

28-UF RJ

29-Código CBO S

30-UF RJ

31-Código CBO S

32-UF RJ

33-Código CBO S

34-UF RJ

35-Código CBO S

36-UF RJ

37-Código CBO S

38-UF RJ

39-Código CBO S

40-UF RJ

41-Código CBO S

42-UF RJ

43-Código CBO S

44-UF RJ

45-Código CBO S

46-UF RJ

47-Código CBO S

48-UF RJ

49-Código CBO S

50-UF RJ

51-Código CBO S

52-UF RJ

53-Código CBO S

54-UF RJ

55-Código CBO S

56-UF RJ

57-Código CBO S

58-UF RJ

59-Código CBO S

60-UF RJ

61-Código CBO S

62-UF RJ

63-Código CBO S

64-UF RJ

65-Código CBO S

66-UF RJ

67-Código CBO S

68-UF RJ

69-Código CBO S

70-UF RJ

71-Código CBO S

72-UF RJ

73-Código CBO S

74-UF RJ

75-Código CBO S

76-UF RJ

77-Código CBO S

78-UF RJ

79-Código CBO S

80-UF RJ

81-Código CBO S

82-UF RJ

83-Código CBO S

84-UF RJ

85-Código CBO S

86-UF RJ

87-Código CBO S

88-UF RJ

89-Código CBO S

90-UF RJ

91-Código CBO S

92-UF RJ

93-Código CBO S

94-UF RJ

95-Código CBO S

96-UF RJ

97-Código CBO S

98-UF RJ

99-Código CBO S

100-UF RJ

101-Código CBO S

102-UF RJ

103-Código CBO S

104-UF RJ

105-Código CBO S

106-UF RJ

107-Código CBO S

108-UF RJ

109-Código CBO S

110-UF RJ

111-Código CBO S

112-UF RJ

113-Código CBO S

114-UF RJ

115-Código CBO S

116-UF RJ

117-Código CBO S

118-UF RJ

119-Código CBO S

120-UF RJ

121-Código CBO S

122-UF RJ

123-Código CBO S

124-UF RJ

125-Código CBO S

126-UF RJ

127-Código CBO S

128-UF RJ

129-Código CBO S

130-UF RJ

131-Código CBO S

132-UF RJ

133-Código CBO S

134-UF RJ

135-Código CBO S

136-UF RJ

137-Código CBO S

138-UF RJ

139-Código CBO S

140-UF RJ

141-Código CBO S

142-UF RJ

143-Código CBO S

144-UF RJ

145-Código CBO S

146-UF RJ

147-Código CBO S

148-UF RJ

149-Código CBO S

150-UF RJ

151-Código CBO S

152-UF RJ

153-Código CBO S

154-UF RJ

155-Código CBO S

156-UF RJ

157-Código CBO S

158-UF RJ

159-Código CBO S

160-UF RJ

161-Código CBO S

162-UF RJ

163-Código CBO S

164-UF RJ

165-Código CBO S

166-UF RJ

167-Código CBO S

168-UF RJ

169-Código CBO S

170-UF RJ

171-Código CBO S

172-UF RJ

173-Código CBO S

174-UF RJ

175-Código CBO S

176-UF RJ

177-Código CBO S

178-UF RJ

179-Código CBO S

180-UF RJ

181-Código CBO S

182-UF RJ

183-Código CBO S

184-UF RJ

185-Código CBO S

186-UF RJ

187-Código CBO S

188-UF RJ

189-Código CBO S

190-UF RJ

191-Código CBO S

192-UF RJ

193-Código CBO S

194-UF RJ

195-Código CBO S

196-UF RJ

197-Código CBO S

198-UF RJ

199-Código CBO S

200-UF RJ

201-Código CBO S

202-UF RJ

203-Código CBO S

204-UF RJ

205-Código CBO S

206-UF RJ

207-Código CBO S

208-UF RJ

209-Código CBO S

210-UF RJ

211-Código CBO S

212-UF RJ

213-Código CBO S

214-UF RJ

215-Código CBO S

216-UF RJ

217-Código CBO S

218-UF RJ

219-Código CBO S

220-UF RJ

221-Código CBO S

222-UF RJ

223-Código CBO S

224-UF RJ

225-Código CBO S

226-UF RJ

227-Código CBO S

228-UF RJ

229-Código CBO S

230-UF RJ

231-Código CBO S

232-UF RJ

233-Código CBO S

234-UF RJ

235-Código CBO S

236-UF RJ

237-Código CBO S

238-UF RJ

239-Código CBO S

240-UF RJ

241-Código CBO S

242-UF RJ

243-Código CBO S

244-UF RJ

245-Código CBO S

246-UF RJ

247-Código CBO S

248-UF RJ

249-Código CBO S

250-UF RJ

251-Código CBO S

252-UF RJ

253-Código CBO S

254-UF RJ

255-Código CBO S

256-UF RJ

257-Código CBO S

258-UF RJ

259-Código CBO S

260-UF RJ

261-Código CBO S

262-UF RJ

263-Código CBO S

264-UF RJ

265-Código CBO S

266-UF RJ

267-Código CBO S

268-UF RJ

269-Código CBO S

270-UF RJ

271-Código CBO S

272-UF RJ

273-Código CBO S

274-UF RJ

275-Código CBO S

276-UF RJ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



331136
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/9/10 6/12/01	4-Dia de Autuação 12/9/10 6/12/01	5-Semana CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50173037	7-Dia Validade da Guia 12/7/10 19/12/10
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1010137191941016421916117111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Envio UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001638134000
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	--

13-Nome MARIANNA FERREIRA LINARD	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano AMANDA FERREIRA LINARD
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Ocorrência / CNPU / CPF 1141515213131747111	22-Nome do Contatado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código CINES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cód	35- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia 42- Observação
1-10	01811010001651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
2-10	018410100021011	REMINERILIZAÇÃO			11	14	9,00		01	01/08/10	11/01/08/10
3-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
4-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
5-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
6-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
7-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
8-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
9-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
10-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
11-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
12-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
13-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
14-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10
15-10	018410100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO			11	35	10,00		01	01/08/10	11/01/08/10

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 2231001	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
---	---	--	-----------------------------------	-------------------------------	---

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), 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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Solicitante 10/11/08/10	51-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista 10/11/08/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/08/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/08/10
---	---	--	---

J. Linard

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2016 4-Data de Autenticação 13/10/2016 5-Semana CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 50173439 7-Data Validade da Semana 12/10/2019 8-Data Validade da Guia 12/10/2019

8-Número da Carteira 1010379994064472555 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade da Carteira 12/10/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709001691610315

13-Nome THAMIRIS LIMA FERNANDES 18/01/1991 14-Telefone 15-Nome do titular do plano THAMIRIS LIMA FERNANDES

16-Atribuição a PN 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-UF RJ 19-UF RJ 20-Código CBO 5 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (01000421-RPID)

21-Código na Operadora / CNU / CPF 1145523337471 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CNEC 26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 27-Número no CRO 44678 28-UF RJ 29-Código CBO 5

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,10	0,00	0,00	1	01/08/2016		
2-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,10	0,00	0,00	1	01/08/2016		
3-10	0181000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	4,00	0,00	0,00	1	01/08/2016		
4-10												
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

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 1136,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Coparticipação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2016 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2016

Thamiris Fernandes

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



331808
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/10 16/12/10	4-Data de Autorização 10/11/10 17/12/10	5-Serinha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50173441	7-Data Validade da Serinha 12/8/10 9/12/10
---------------------------	--	--	------------------------	--	---

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 4 0 6 5 0 7 8 3 7 10	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 700303939438040
---	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome MAIARA DOS SANTOS BARTULI	14-Telefone () - - - - -	15-Endereço do titular do plano MAIARA DOS SANTOS BARTULI
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	18-Número no CRO 44678	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114515213137471	22-Nome do Contratado Exceção RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	23-Número no CRO 44678	24-UF RJ	25-Código ONES 801 -
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Exceção RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	27-Número no CRO 44678	28-UF RJ	29-Código CBO S 801 -
---	---------------------------	-------------	--------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	1	8	1	0	0	0	6	5			
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0	0	1	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
3-0	0	1	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
4-0	0	1	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
5-0	0	1	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
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 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência e Emergência	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quotante US 1178100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Cop-participação R\$ 1111
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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 10/11/10 08/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 08/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 08/11/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/10 08/11/2010
--	--	--	---

Maíara dos Santos Bartuli

2-N-1



Agradecimento

330207
INTERCÂMBIO

2-N^o

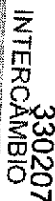
4

330207
INTERCÂMBIO

330207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS		3-Data de Emissão da Guia		4-Data de Nascimento		5-Sexo		6-Número da Guia Primária		7-Tipo de Unidade de Saúde		2-Nº	
406414		12/5/10 16/12/0		29/10/6 12/0		CONCLUÍDO		7663798		12/3/10 19/12/0		INTERCAMBIO	
8-Atividade de Especialidade												9-Atividade de Carreira	
00020202529477616000000101												8-Plano	
10-Atividade												11-Atividade	
KELI CRISTINA DOS SANTOS												POS REDE PRESTADORA	
13-Atividade												14-Atividade	
KELI CRISTINA DOS SANTOS												DENTAL UNI COOPERATIVA	
15-Atividade												16-Atividade	
KELI CRISTINA DOS SANTOS												KELI CRISTINA DOS SANTOS	
17-Atividade												18-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
19-Atividade												20-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
21-Atividade												22-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
23-Atividade												24-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
25-Atividade												26-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
27-Atividade												28-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
29-Atividade												30-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
31-Atividade												32-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
33-Atividade												34-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
35-Atividade												36-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
37-Atividade												38-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
39-Atividade												40-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
41-Atividade												42-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
43-Atividade												44-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
45-Atividade												46-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
47-Atividade												48-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
49-Atividade												50-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
51-Atividade												52-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
53-Atividade												54-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
55-Atividade												56-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
57-Atividade												58-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
59-Atividade												60-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
61-Atividade												62-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
63-Atividade												64-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
65-Atividade												66-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
67-Atividade												68-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
69-Atividade												70-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
71-Atividade												72-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
73-Atividade												74-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
75-Atividade												76-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
77-Atividade												78-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
79-Atividade												80-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
81-Atividade												82-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
83-Atividade												84-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
85-Atividade												86-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
87-Atividade												88-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
89-Atividade												90-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
91-Atividade												92-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
93-Atividade												94-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
95-Atividade												96-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
97-Atividade												98-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	
99-Atividade												100-Atividade	
RAFAELA ARAUJO RODRIGUES												RAFAELA ARAUJO RODRIGUES	

24

**Faturar Empresa**

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os termos e condições, declaro que estou ciente e concordo com a presente declaração e autorizo a divulgação da mesma.

45-Observação

50-Orga. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa