



1º Reg. em ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 11/7/11 12/12/10	4 Data de Autorização 21/1/12 12/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8155746	7-Data Vencimento da Série 11/7/10 31/12/11
--------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--

Balanço de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 3 4 0 1 0 0 0 0 1 0 1	0-Flanco FOS REDE PRESTADORA	10-Emprego DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número de Cartão
--	---------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------

13-Nº de JACQUELINE GOMES RIBEIRO	20/07/1999
14-Telegm (82) 912412-72275	15-Nome do titular do plano JACQUELINE GOMES RIBEIRO

16-Alc. indumento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Numero no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
-----------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Có-filho na Operadora CNPJ / CPF	22-Aluno do Contratado Excludente	23-Número no CRO	24-LF	25-Código CHES
59441038253	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Exercentista	27-Número no CRO	28-JF	29-Código CBO S
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	

Forma de Tratamento / Procedimento Solicitado	
30-Teste	32-Descrição
31-Código do Procedimento	33-Deixar Vazio
	34-Face
	35-Cid
	36-Quantidade US
	37-Volm
	38-Franquia-Coparticipação R\$
	39-Aut
	40-Dat

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

0	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
0	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
0	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
0	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
0	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
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																							

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

44- Tipo da Atendimento	45- Tipo da Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$
13			

[illegible]

19-observação

10 Ago 1974

50-Dan, local e Assinatura do Dirigente-Donatário Solidante	12/11/2012
51-Dan, local e Assinatura do Dirigente-Donatário	12/11/2012
52-Dan, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	12/11/2012
53-Dan, local e Caimho da Empresa	// //

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Centista	12/6/11/12/11/21021030	Dra. Kelly Mourão Aguiar Cirurgiã Dentista CRO-AM 41714
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/6/11/12/11/21021030	Dra. Kelly Mourão Aguiar Cirurgiã Dentista CRO-AM 41714
53-Data		

+ Jaqueline Gomes Ribeiro