



|                           |                                           |                                       |                           |                                         |                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. Registro ANS<br>406414 | 2. Data de Emissão da Guia<br>12/31/06/20 | 3. Data de Autorização<br>12/31/06/20 | 4. Sentença<br>AUTORIZADO | 5. Número da Guia Principal<br>50172046 | 6. Data Vencimento da Sentença<br>12/31/08/20 |
|---------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 00037999406480000641      | 04-07-2019 09:05:18 |
| POS REDE PRESTADORA       | 04-07-2019 09:05:18 |
| CLINICA E C O D ARMANDO A | 04-07-2019 09:05:18 |
| 11-Dia Validade do Cartão | 04-07-2019 09:05:18 |
| 12-Numero do Cartão       | 04-07-2019 09:05:18 |
| 702802697033              | 04-07-2019 09:05:18 |

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 13-Data de nascimento       | 15/06/1976         |
| 14-Telefone                 | ( ) - ( )          |
| 15-Nome do titular do plano | JOSENEUMA DA SILVA |

|                              |                                     |                  |       |                 |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------|
| 16-Atividade a ser realizada | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
| N                            | ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO          | 35649            | RJ    |                 |

801 - Faturar Empresa

[illegible]

| 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face  | 35-QDV   | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut   | 40-Data  |
|---------------------------|--------------|-----------------|----------|----------|------------------|----------|---------------------------------|----------|----------|
| 31-11111                  | 32-11111     | 33-11111        | 34-11111 | 35-11111 | 36-11111         | 37-11111 | 38-11111                        | 39-11111 | 40-11111 |

|       |          |                    |    |     |   |        |      |      |
|-------|----------|--------------------|----|-----|---|--------|------|------|
| 1-000 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 23 | VPD | 1 | 122,00 | 0,00 | 5,00 |
| 2-000 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 24 | MOD | 1 | 122,00 | 0,00 | 5,00 |

[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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible][illegible]

| Data Previsto Término do Tratamento | 44- Tipo de Alimentação | 45- Tipo de Falamento | 46- Total Quantidade US | 47- Valor Total R\$ |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|
|                                     |                         |                       | 24400                   | 0                   |

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcial

| Observação                                                                                               | Assinatura         | Data        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|
| Atestamos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. | Walter B. Dietrich | 8. Dietrich |

|                                                           |                                                           |                                                 |                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 51-Data, local e Assinatura do Cuijido-Dentista | 50-Data, local e Assinatura do Cuijido-Dentista |
| 10/11/07/11/00                                            | 10/11/07/11/00                                            | 10/11/07/11/00                                  | 10/11/07/11/00                                  |
| Dr. [Assinatura]                                          | Dr. [Assinatura]                                          | Dr. [Assinatura]                                | Dr. [Assinatura]                                |

02/07/20