

2-M

407044
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA

070

Enviar - RX

03-0031 0030 (1)

Id	Nome do Cliente	Data de Nascimento	CPF	Endereço Completo	Cidade	Estado	Cep	Telefone	E-mail	Senha	Ativo	Observações
1	José Roberto Silva	1980-05-15	123.456.789-01	Rua das Flores, 123	Belo Horizonte	MG	31234-567	(31) 1234-5678	jroberto@email.com	senha123	☒	
2	Fernanda Almeida	1985-03-22	987.654.321-02	Avenida Paulista, 456	São Paulo	SP	05432-109	(11) 9876-5432	falmeida@email.com	senha456	☒	
3	Carlos Eduardo Lima	1978-11-08	456.789.012-03	Rua da Liberdade, 789	Porto Alegre	RS	91234-567	(51) 4567-8901	celimaa@email.com	senha789	☒	
4	Mariana Costa	1990-07-30	321.098.765-04	Av. Brasil, 101	Brasília	DF	70123-456	(61) 3210-9876	mcosta@email.com	senha012	☒	
5	Pedro Henrique Santos	1982-09-10	210.987.654-05	Rua do Comércio, 234	Recife	PE	51234-567	(71) 2109-8765	p.santos@email.com	senha345	☒	
6	Luciana Oliveira	1988-02-18	098.765.432-06	Alameda dos Reis, 567	Natal	RN	59123-456	(84) 0987-6543	l.oliveira@email.com	senha678	☒	
7	Roberto Carlos Mendes	1975-12-03	876.543.210-07	Rua Nova, 890	Manaus	AM	69123-456	(67) 8765-4321	r.mendes@email.com	senha901	☒	
8	Ana Carolina Pereira	1992-06-25	765.432.109-08	Av. Getúlio Vargas, 123	Curitiba	PR	81234-567	(41) 7654-3210	a.pereira@email.com	senha234	☒	
9	Diego Alves	1987-04-12	654.321.098-09	Rua da Paz, 456	Vitória	ES	41234-567	(51) 6543-2109	d.alves@email.com	senha567	☒	
10	Juliana Rodrigues	1983-08-01	543.210.987-10	Av. Beira Mar, 789	Florianópolis	SC	89123-456	(47) 5432-1098	j.rodrigues@email.com	senha890	☒	

[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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

[illegible]

הרצאה 10

[illegible]

Atestamos, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima, sob pena de cassação do presente contrato e de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato.

11/11/20



426564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084826	7-Data Validade da Senha 22/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532586400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILSON DEODATO DA SILVA		14-Telefone 20/12/1970	15-Nome do titular do plano LINDSAY KAUANA GOMES MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	24/11/20		Edilson
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 24/11/20 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Edilson				53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



417950
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048686	7-Data Validação da Senha 10/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253258640000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILSON DEODATO DA SILVA		14-Telefone 20/12/1970	15-Nome do titular do plano LINDSAY KAUANA GOMES MACHADO		

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S (IF) 85200158-47

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/20		Edilson
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	24/11/20		Edilson
3	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	24/11/20		Edilson
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 1100,00	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, 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 Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 24/11/20 Agata Ventura Dorta CROSP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 24/11/20 Agata Ventura Dorta CROSP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Edilson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
--	--	---	---



407069
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8004442	7-Data Validade da Senha 26/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532677500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAYARA APARECIDA VIEIRA DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAYARA APARECIDA VIEIRA DE CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	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 R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	11/11/2011		
2.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	11/11/2011		
3.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	11/11/2011		
4.	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	11/11/2011		
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão 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 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 11/11/2011 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 m	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011
---	---	--	---



407066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8004436	7-Data Validade da Senha 26/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532677500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MAYARA APARECIDA VIEIRA DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAYARA APARECIDA VIEIRA DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA	27-Número no CRO 117869	28-UF SP	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/11/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/11/20		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	24/11/20		
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00		S	24/11/20		
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61,00	0,00		S	24/11/20		
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	24/11/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 24/11/20 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Dra. Agata Ventura Dorta CROSP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
--	--	---	---

2-N



_____, por este documento nomea e por inteira conta, ao prestatador contratado que assina esse documento, os valores

3



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro AAS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/06/11 3-Data de Autorização 10/06/11 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7967512 6-Data Validada da Sentença 11/04/11 7-Data Validada da Sentença 11/04/11 8-Data Validada da Sentença 11/04/11 9-Data Validada da Sentença 11/04/11 10-Data Validada da Sentença 11/04/11 11-Data Validada da Sentença 11/04/11 12-Data Validada da Sentença 11/04/11 13-Data Validada da Sentença 11/04/11 14-Data Validada da Sentença 11/04/11 15-Data Validada da Sentença 11/04/11 16-Data Validada da Sentença 11/04/11 17-Data Validada da Sentença 11/04/11 18-Data Validada da Sentença 11/04/11 19-Data Validada da Sentença 11/04/11 20-Data Validada da Sentença 11/04/11 21-Data Validada da Sentença 11/04/11 22-Data Validada da Sentença 11/04/11 23-Data Validada da Sentença 11/04/11 24-Data Validada da Sentença 11/04/11 25-Data Validada da Sentença 11/04/11 26-Data Validada da Sentença 11/04/11 27-Data Validada da Sentença 11/04/11 28-Data Validada da Sentença 11/04/11 29-Data Validada da Sentença 11/04/11 30-Data Validada da Sentença 11/04/11 31-Data Validada da Sentença 11/04/11 32-Data Validada da Sentença 11/04/11 33-Data Validada da Sentença 11/04/11 34-Data Validada da Sentença 11/04/11 35-Data Validada da Sentença 11/04/11 36-Data Validada da Sentença 11/04/11 37-Data Validada da Sentença 11/04/11 38-Data Validada da Sentença 11/04/11 39-Data Validada da Sentença 11/04/11 40-Data Validada da Sentença 11/04/11 41-Data Validada da Sentença 11/04/11 42-Data Validada da Sentença 11/04/11 43-Data Validada da Sentença 11/04/11 44-Data Validada da Sentença 11/04/11 45-Data Validada da Sentença 11/04/11 46-Data Validada da Sentença 11/04/11 47-Data Validada da Sentença 11/04/11 48-Data Validada da Sentença 11/04/11 49-Data Validada da Sentença 11/04/11 50-Data Validada da Sentença 11/04/11 51-Data Validada da Sentença 11/04/11 52-Data Validada da Sentença 11/04/11 53-Data Validada da Sentença 11/04/11 54-Data Validada da Sentença 11/04/11 55-Data Validada da Sentença 11/04/11 56-Data Validada da Sentença 11/04/11 57-Data Validada da Sentença 11/04/11 58-Data Validada da Sentença 11/04/11 59-Data Validada da Sentença 11/04/11 60-Data Validada da Sentença 11/04/11 61-Data Validada da Sentença 11/04/11 62-Data Validada da Sentença 11/04/11 63-Data Validada da Sentença 11/04/11 64-Data Validada da Sentença 11/04/11 65-Data Validada da Sentença 11/04/11 66-Data Validada da Sentença 11/04/11 67-Data Validada da Sentença 11/04/11 68-Data Validada da Sentença 11/04/11 69-Data Validada da Sentença 11/04/11 70-Data Validada da Sentença 11/04/11 71-Data Validada da Sentença 11/04/11 72-Data Validada da Sentença 11/04/11 73-Data Validada da Sentença 11/04/11 74-Data Validada da Sentença 11/04/11 75-Data Validada da Sentença 11/04/11 76-Data Validada da Sentença 11/04/11 77-Data Validada da Sentença 11/04/11 78-Data Validada da Sentença 11/04/11 79-Data Validada da Sentença 11/04/11 80-Data Validada da Sentença 11/04/11 81-Data Validada da Sentença 11/04/11 82-Data Validada da Sentença 11/04/11 83-Data Validada da Sentença 11/04/11 84-Data Validada da Sentença 11/04/11 85-Data Validada da Sentença 11/04/11 86-Data Validada da Sentença 11/04/11 87-Data Validada da Sentença 11/04/11 88-Data Validada da Sentença 11/04/11 89-Data Validada da Sentença 11/04/11 90-Data Validada da Sentença 11/04/11 91-Data Validada da Sentença 11/04/11 92-Data Validada da Sentença 11/04/11 93-Data Validada da Sentença 11/04/11 94-Data Validada da Sentença 11/04/11 95-Data Validada da Sentença 11/04/11 96-Data Validada da Sentença 11/04/11 97-Data Validada da Sentença 11/04/11 98-Data Validada da Sentença 11/04/11 99-Data Validada da Sentença 11/04/11 100-Data Validada da Sentença 11/04/11

8-Numero da Carteira 0102025105506012732031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validada da Carteira 11/06/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 398091 INTERCÂMBIO 13-Nome JOSE GERALDO RODRIGUES GOMES 04/09/1959 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ERIKA APARECIDA ALVES GOMES 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18-Número no CRO 117869 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CPF 43085402837 22-Nome do Contratado Encarregado AGATA VENTURA DORTA 23-Numero no CRO 117869 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Encarregado AGATA VENTURA DORTA 27-Numero no CRO 117869 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Indicador 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Diagnóstico 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moivo da Clíica 42-Assinatura 1-00081000030 CONSULTA ODONTOLÓGICA 2-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HAIE 3-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASE 4-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HASD 5-00085300047 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HAID 6-00085100196 RESTAURAÇÃO RESINA 44 V 7-00085100196 RESTAURAÇÃO RESINA 15 O 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-

43-Data Fim do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado 51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 54-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 55-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 56-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 57-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 58-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 59-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 60-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 61-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 62-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 63-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 64-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 65-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 66-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 67-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 68-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 69-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 70-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 71-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 72-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 73-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 74-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 75-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 76-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 77-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 78-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 79-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 80-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 81-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 82-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 83-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 84-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 85-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 86-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 87-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 88-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 89-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 90-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 91-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 92-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 93-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 94-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 95-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 96-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 97-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 98-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 99-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 100-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado