



836628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/01 4-Data de Autorização 11/2/01 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9457893 7-Data Validade da Seria 11/2/01 8-Data Validade da Seria 11/2/01

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 0102102544310800000101 5-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/2/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VANESSA CRISTINA MENDES DA SILVA 21/03/1992 14-Telefone 15-Nome da Mãe do plano VANESSA CRISTINA MENDES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Andar e RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CNO 109393 19-UF SP 20-Código CNO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

141816645188411 22-Nome do Contratado Escalante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CNO 109393 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Escalante

ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira Regio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12 JAN 2012		
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12 JAN 2012		
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12 JAN 2012		
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12 JAN 2012		
5	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			12 JAN 2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

11/2 JAN 2012 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Check-up e Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela 46-Total Autorizado US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Frância/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) 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 Beneficiário / Responsável

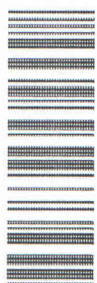
11/2 JAN 2012 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1 JAN 2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1 JAN 2012 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1 JAN 2012

Emsechefer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.896.276/0002-50



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



843078
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/2022	4-Data de Autorização 18/01/2022	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9478252	7-Data Validada da Sentença 18/01/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1002025105105106018718031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira 18/01/2022	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome EDUARDO MEDEIROS SILVA	14-Data Validada do Plano 28/06/2007	15-Data Validada do Plano EVELIN DE SOUZA SILVA
-----------------------------------	---	--

16-Endereço e Contato do Responsável pelo Tratamento

17-Endereço e Contato do Profissional Solicitante N ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	18-Endereço e Contato do Profissional Solicitante 109393	19-UF SP	20-Código SBO S 025
---	---	-------------	------------------------

21-Código na Opadora / CNPJ / CPF 141181614518141	22-Endereço e Contato do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	23-Número no CBO 109393	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Endereço e Contato do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	27-Número no CBO 109393	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira Regio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0,00		S	18 JAN 2022		
2	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
3	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
4	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
5	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
6	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
7	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
8	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
9	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
10	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
11	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
12	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
13	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
14	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		
15	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3500	0,00		S	18 JAN 2022		

43-Data de Emissão da Guia 18 JAN 2022	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico / 2 Exatona Radiológica / 3 Cirurgia e Urgência Emergência	45-Tipo de Tratamento 1 Total / 2 Parcial	46-Tipo de Atendimento 17400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo de Atendimento 17400	49-Tipo de Atendimento 17400
---	--	--	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Declaro, que não se trata de tratamento odontológico sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, sendo a execução do tratamento, comprometendo a cumprir as orientações do profissional assistente e acordar 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 assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Encarregado Odontológico

CNPJ: 10.606.276/0002-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18 JAN 2022	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18 JAN 2022	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18 JAN 2022	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18 JAN 2022
--	--	--	--



839749

INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/01/2022 4-Carteira de Autorização 17/01/2022 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9467873 7-Data Vencível da Guia 14/04/2022

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025447340000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencível da Carteira 14/04/2022 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WILKER COSTA OLIVEIRA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano WILKER COSTA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 26/05/1983

16-Atendimento a RIN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41866458841 22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CRO 109393 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Atalaia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	36,00	0,00		S	20 JAN 2022	X	W

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 20 JAN 2022 44-Tipo do Atendimento 1-Toda 2-Parcial 45-Tipo do Faturamento 1-Toda 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchia / 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 obrigações 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(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 for habilitado e cadastrado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

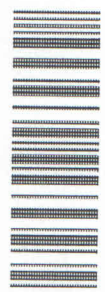
Empenho: Odontolife 10.606.276/0002-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2022 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2022 52-Data, local e Assinatura do Responsável 20 JAN 2022 53-Data, local e Assinatura da Empresa 20 JAN 2022



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Carteira de Emissão da Guia 14/01/22	4-Data de Autorização 17/01/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9467680	7-Data Validade da Senha 14/04/22
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

839758
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202544734000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1
--	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

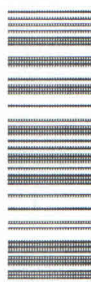
13-Nome WILKER COSTA OLIVEIRA	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do Plano WILKER COSTA OLIVEIRA
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	18-Número no CRO 109393
19-UF SP	20-Código CRO 5 109393	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14186458841
22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	23-Número no CRO 109393	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	26-Data de Realização 20/05/1983	27-Número no CRO 109393
28-Código CRO 5 109393	29-UF SP	30-Código CRO 5 109393

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Participação R\$	39-Aut	40-Datas de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	S	20 JAN 2022	X	W
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	20 JAN 2022	X	W
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	0,00	S	20 JAN 2022	X	W
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição / Início do Tratamento 20 JAN 2022	44-Tipo do Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia e Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial	46-Valor Quilates US 136,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Valor Franchising / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	-----------------------------	--

50-Dados locais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista Solicitante 20 JAN 2022	51-Dados locais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista 20 JAN 2022	52-Dados locais e Assinaturas do Beneficiário / Responsável 20 JAN 2022	53-Dados locais e Assinaturas da Empresa 20 JAN 2022
--	--	--	---

Empenho em nome do paciente
CNPJ: 10.606.218/0002-05



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/01/22 4-Data de Autuação 17/01/22 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9467725 7-Data Validade da Serão 14/01/22 839775 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025447340000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAELA COSTA OLIVEIRA 14-Telefone 27/08/2010 15-Endereço WILKER COSTA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-UF SP 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 141856458841 22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 23-Número no CRO 109393 24-UF SP 25-Código CNES 1018100421-1

26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CBO 5 1018100421-1

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Dtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Móximo da Guia 42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00		S	120 JAN 2022	W
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	20 JAN 2022	W
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00		S	20 JAN 2022	W
4-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	20 JAN 2022	W
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsão Término do Tratamento 20 JAN 2022

44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Cirurgia e Urgência/Endodontia

45-Tipo do Faturamento 1-Tela 2-Franquia

46-Total Quantidade US 150,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franchising / Co-credenciado R\$

Declaro, o(a) paciente, o(a) responsável legalmente assinado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar 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

-Inschafer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.506.276/0002-52

Sócio(s) local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Solicitante

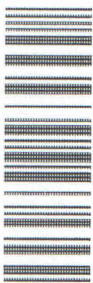
20 JAN 2022

Sócio(s) local e Assinatura do Chirurgião-Dentista

20 JAN 2022

Sócio(s) local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20 JAN 2022



1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/10/2021 4-Data de Autorização 17/10/2021 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Original 9467639 7-Data Validade da Sentença 14/10/2021 839744 INTERCÂMBIO

839744
INTERCÂMBIO

2-Número da Carteira 0002025443108000000101 3-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Cena Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Hora 14-Nome do Paciente VANESSA CRISTINA MENDES DA SILVA 15-Nome do titular do plano VANESSA CRISTINA MENDES DA SILVA

Dados do Corredor Responsável pelo Tratamento 21/03/1992 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Sanitário ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 18-Número no CRO 109393 19-SUF SP 20-Código CBO 5 21-Sigla da Empresa 025 - 22-Endereço da Empresa Enviar - RX 23-Código CNES 109393 24-UF SP 25-Código CBO 5 26-Código CBO 5 27-Número no CRO 109393 28-UF SP 29-Código CBO 5 30-Código CBO 5

31-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 32-Nome do Corredor Escusante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 33-Nome do Profissional Escusante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 34-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 35-Nome do Profissional Escusante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE 36-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 37-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 38-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 39-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 40-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 41-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 42-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 43-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 44-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 45-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 46-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 47-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 48-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 49-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 50-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 51-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 52-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 53-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 54-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 55-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 56-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 57-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 58-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 59-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 60-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 61-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 62-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 63-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 64-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 65-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 66-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 67-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 68-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 69-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 70-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 71-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 72-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 73-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 74-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 75-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 76-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 77-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 78-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 79-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 80-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 81-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 82-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 83-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 84-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 85-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 86-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 87-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 88-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 89-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 90-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 91-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 92-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 93-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 94-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 95-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 96-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 97-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 98-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 99-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841 100-Atividade na Operadora / CNPJ / CPF 141866458841

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Resumo
1	00	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6100	0,00					20 JAN 2021
2	00	RX PERIAPICAL	17	V	1	1400	0,00					20 JAN 2021
3	00	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	6100	0,00					20 JAN 2021
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 20 JAN 2021 44-Data de Autorização 17/10/2021 45-Tipo de Atendimento 1 Total 2 Parcial 46-Valor Quotado US 136,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchising/Co-participação R\$ 0,00

49-Observação 50-Dados e Assinatura do Corredor-Dentista Solicitante 20 JAN 2021 51-Dados e Assinatura do Corredor-Dentista 20 JAN 2021 52-Dados e Assinatura do Beneficiário Responsável 20 JAN 2021 53-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 54-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 55-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 56-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 57-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 58-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 59-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 60-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 61-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 62-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 63-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 64-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 65-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 66-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 67-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 68-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 69-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 70-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 71-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 72-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 73-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 74-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 75-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 76-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 77-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 78-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 79-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 80-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 81-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 82-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 83-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 84-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 85-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 86-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 87-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 88-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 89-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 90-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 91-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 92-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 93-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 94-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 95-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 96-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 97-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 98-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 99-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021 100-Dados e Assinatura da Empresa 20 JAN 2021

Enschaefer Odontologia Ltda
CNPJ: 10.606.276/0001-52