



3-Dados de Emissão da Guia	12 8 / 0 7 / 2 5
4-Dados de Autorização	12 8 / 0 7 / 2 5
5-Senha AUTORIZADO	
6-Número da Guia Principal	14166805
7-Dia Validade da Senha	12 8 / 0 9 / 2 5

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 
9 7 12 0 3 1 0 1 7 1 6 0 0 0 1 6			
ere da Carteira			

ROSIMERE ALVES DOS SANTOS

08/02/1969

ROSIMERE ALVES DOS SANTOS

Admission a RH	17-Nome do Profissional Bolívia	18-Número no CIRE	19-UF	20-Código CBO B	025
----------------	---------------------------------	-------------------	-------	-----------------	-----

[illegible]

116 00 FOLIOCLINAL EXHAUSTIVE
ELIANE BISPO DE ALENCAR

Tratamiento / Procedimientos Bellidos

31-Código do Presedimento	32-BaseCada	33-DenomeRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade UN	37-Maior	38-FranquiaCep-participação RJ	39-Aut	40-Dia de Realizacão	41- Motivo de Exclusão	42-Administrat
---------------------------	-------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	--------------------------------	--------	----------------------	------------------------	----------------

0	8	5	1	0	0	1	9	6				16	0	1	6	1	0	0				9	28	07	19	25		
RESTAURAÇÃO RESINA																												
0	8	5	1	0	0	1	9	6				15	V	1	6	1	0	0				9	27	08	19	25		
RESTAURAÇÃO RESINA																												
0	8	4	0	0	0	1	9	8						1	1	4	0	0	0			9	07	08	19	25		
PROFILAXIA: POLIMENTO																												

1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

[illegible][illegible][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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Fatura / Co-participação R\$
------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---------------------------------------

[illegible]

io, Decaro, ainda que q(a) procediment(o) de(s)ta(s) acim(a), e por mim assinado(s), (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

[illegible]

10/7/11/08 11:25