



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



634769
INTERCÂMBIO

Transmitido por a vice 32011

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 07/12/11	4-Data de Autorização 12/6/11 07/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8860049	7-Data Validade da Senha 12/14/11 10/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012012539029810000101013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
KETLEN APARECIDA DO NASCIMENTO

03/06/2009

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
IVANEIDE DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1215107041268001111	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES
---------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27-Número no CRO
55391

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	135,10	10,10	10,10	11	12/10/10 11/11	Shirley	
2-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	135,10	10,10	10,10	11	12/10/10 11/11	Shirley	
3-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	135,10	10,10	10,10	11	12/10/10 11/11	Shirley	
4-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	135,10	10,10	10,10	11	12/10/10 11/11	Shirley	
5-1	1111111111											
6-1	1111111111											
7-1	1111111111											
8-1	1111111111											
9-1	1111111111											
10-1	1111111111											
11-1	1111111111											
12-1	1111111111											
13-1	1111111111											
14-1	1111111111											
15-1	1111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1140,10
--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/10/10 11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/10/10 11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/10/10 11/11

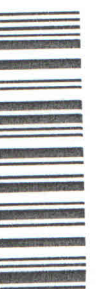
53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/10/10 11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



QR

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/04/1969

4-Data de Autorização
11/04/1969

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8810720

7-Data Validade da Senha
11/12/1969

618956
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010120125396749000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/12/1969

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alimentação a R/N
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO
55391

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1215070412680011

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES
26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

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
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
2-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
3-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
4-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
5-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
6-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
7-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
8-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
9-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
10-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
11-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
12-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
13-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
14-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
15-10	0181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	13,60	0,00	11/04/1969	11/04/1969	11/04/1969		
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/04/1969	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentária 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	117,80	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

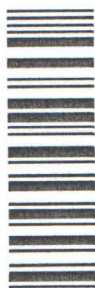
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/04/1969

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/04/1969

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/04/1969

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/04/1969

Elisabete Monteiro Schaffer
CNPJ: 10.908.789/0001-11



Dados do Beneficiário

13- Nome VERA LUCIA DA SILVA	07/03/1968	14- Telefone () -	15- Nome do titular do plano CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA
---------------------------------	------------	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contribuinte Excluído	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12 5 0 7 0 4 2 6 8 0 0	EUSABETE MONTEIRO SCHAEFER	55391	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	55391	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região
34-Face	35-Id	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franque/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

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

43-Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
15			7 0 0 0	0 0 0 0	

[illegible]

19. Observação

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	14/10/2011	Miguel
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/10/11/21	Miguel
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/10/11/21	Roberta
53-Data, local e Endereço da Empresa	14/10/11/21	Steg de Sines

2-N

627838
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/07 11:21	4-Dia de Autorização 12/31/07 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8839919	7-Dia Validade da Senha 11/9/11 01:12
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	0101201215396749000000102	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
13-Nome	VERA LUCIA DA SILVA		07/03/1968	14-Telefone	() -	15-Nome do titular do plano	CARLOS CESAR ALMEIDA DA SILVA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Excedente	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12 5 0 7 0 4 2 6 8 0 0	ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER	55391	SP	
26-Nome do Profissional Excedente				
ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER				
27-Número no CRO				
55391				
28-UF				
SP				
29-Código CBO S				

31-Plataforma	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Domínio Regional	35-Faixa	36-CID	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Diário
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									

[illegible][illegible]

5. 

6. 

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

43-Data Prevista Término do Tratamento										15									
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência																			
45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial																			
46-Total Quantidade US\$ 1 2 2 , 0 0																			
47-Valor Total R\$ 1 0 ,																			

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 responsável pelo tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 responsável pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

80km-28833f.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista beneficiário	01/11/2011	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	01/11/2011	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	01/11/2011	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	01/11/2011	

80kan-288337.

100

Stylista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ag de Jure



634684
INTERCÂMBIO

13/01/2019 12:30:00

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10/17/12/11

4-Data de Autorização
12/01/10/17/12/11

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8859727

7-Data Validade da Santa
12/14/11/10/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/01/2/01/25/3/9/01/2/9/8/0/0/0/0/1/0/2/1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DAYNE OLIVEIRA DA SILVA

23/07/1991

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do Plano
IVANEIDE DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO
55391

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12/5/01/7/04/12/16/8/0/0/1/1/1

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

27-Número no CRO
55391

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
1-01018100000651		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,00				12/01/21		
2-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
3-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
4-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
5-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
6-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
7-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
8-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
9-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
10-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
11-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
12-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
13-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
14-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
15-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	6,00				12/01/21		
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/01/03/21	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1178,00	1178,00								

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) acima, e por mim assinado(s), (fulforam 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

Exatidão - 12/06/21

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante

12/01/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/01/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/01/03/21

53-Data, local e Cartão da Empresa

12/01/03/21

12/01/03/21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



634675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/17/12/11	4-Data de Autorização 12/6/10/17/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8859695	7-Data Validade da Sentença 12/4/11/01/21/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101021025390298000000101031	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KETLEN APARECIDA DO NASCIMENTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 12/4/11/01/21/11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070426800111	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES	26-Data Validade da Carteira 12/4/11/01/21/11
26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-100181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Sokom-243505

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/10/10/11/21/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/10/11/21/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/10/10/11/21/11

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10/11/21/11