



24



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/11/2011		4-Data de Autorização 06/11/11/2011		5-Senha AUTOFIZADO		6-Número da Guia Principal 8018035		7-Data Validade da Senha 01/11/02/11/2011		410375 INTERCÂMBIO		
Dados do Beneficiário														
8-Número de Carteira 00020253319010000010101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DELAINE VIEIRA FIRMO DA CRUZ														
14-Telefone (11) 11111111														
15-Nome do titular do plano DELAINE VIEIRA FIRMO DA CRUZ														
16-Atendimento a RN N														
17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA														
18-Número no CRO 109914				19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa						
21-Código de Ocorrência / CNPJ / CPF 140717436896				22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				23-Número no CRO 109914		24-UF SP		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				27-Número no CRO 109914		28-UF SP		29-Código CBO S						
30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado														
31-Tabela		32-Código do Procedimento		33-Descrição		34-Dente/Região		35-Face		36-Quantidade US		37-Valor		
1		00810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34,00		0,00		
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-Data Prevista o Término do Tratamento 03/11/2011				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		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 alta nativas 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 do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) foi/foram realizado(s) com o 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 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 03/11/2011, [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2011, [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 03/11/2011, [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



246

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 05/11/2012	5-Senha AUTOFIZADO	6-Número da Guia Principal 8021787	7-Data Validade da Senha 02/10/2012	411388 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																
2-Número da Clínica 00202533089900000102		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Atendimento Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																
13-Nome KATHUSI RAYANI RODRIGUES RESENDE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SONIA REGINA DOS SANTOS RODRIGUES																																																																																																																																																																																																		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914		19-UF SP																																																																																																																																																																																																
20-Código na Orelheira / CNPJ / CPF 407117436896		21-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		22-Número no CRO 109914		23-UF SP																																																																																																																																																																																																
24-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		25-Número no CRO 109914		26-UF SP		27-Código CNES 025 - Faturar Empresa																																																																																																																																																																																																
28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																						
<table><thead><tr><th>30-Tabela</th><th>31-Código do Procedimento</th><th>32-Descrição</th><th>33-Dente/Região</th><th>34-Face</th><th>35-Qtd</th><th>36-Quantidade US</th><th>37-Aplor</th><th>38-Franquia/Co-participação R\$</th><th>39-Aut</th><th>40-Data de Realização</th><th>41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>00853C0047</td><td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td><td>HASD</td><td>1</td><td>1</td><td>36,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td></td><td>09/11/2012</td><td>J. KATHUSI</td></tr><tr><td>2</td><td>00853C0047</td><td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td><td>HASE</td><td>1</td><td>1</td><td>36,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td></td><td>09/11/2012</td><td>J. KATHUSI</td></tr><tr><td>3</td><td>00853C0047</td><td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td><td>HAIE</td><td>1</td><td>1</td><td>36,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td></td><td>09/11/2012</td><td>J. KATHUSI</td></tr><tr><td>4</td><td>00853C0047</td><td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td><td>HAID</td><td>1</td><td>1</td><td>36,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td></td><td>09/11/2012</td><td>J. KATHUSI</td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>							30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Aplor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura	1	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI	2	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI	3	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI	4	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI	5												6												7												8												9												10												11												12												13												14												15											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Aplor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura																																																																																																																																																																																											
1	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI																																																																																																																																																																																											
2	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI																																																																																																																																																																																											
3	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI																																																																																																																																																																																											
4	00853C0047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		09/11/2012	J. KATHUSI																																																																																																																																																																																											
5																																																																																																																																																																																																						
6																																																																																																																																																																																																						
7																																																																																																																																																																																																						
8																																																																																																																																																																																																						
9																																																																																																																																																																																																						
10																																																																																																																																																																																																						
11																																																																																																																																																																																																						
12																																																																																																																																																																																																						
13																																																																																																																																																																																																						
14																																																																																																																																																																																																						
15																																																																																																																																																																																																						
43-Data Prevista Término do Tratamento 09/11/2012		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 144,00		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 alta nativa do tratamento, conformo acima representado, 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) 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 09/11/2012 Diogo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012 Daviane Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012 J. Kathusi			53-Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																																																																																																																													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Princ. at 8059336	7-Data Validade da Guia 15/12/2012	420410 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020125333901000000001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UN COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome TERESINHA CRISTINA RAMOS CESAR DOS SANTO		14-Telefone 25/06/1967		15-Nome do titular do plano TERESINHA CRISTINA RAMOS CESAR DOS SANTO		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento						
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914		24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP		29-Código CH 3 B
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fact	35-Qtd	36-Quantidade L8
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400000000
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/2012						
44-Tipo de Alimentação 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oto-fonia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Valor Total US 34000						
47-Valor Total R\$ 0000						
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) 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						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012 Diâne Luz						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2012 Diâne Luz						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012 Teresinha						
53-Data, local e Cartão da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

421965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Prt. ci al 8065761	7-Data Validade da Guia 18/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010201251055106010105102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITOR AUGUSTO DOS SANTOS CARVALHO		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO		
16-Atendimento a P.N. N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código IBS 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14017117431681916		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código IBS	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd
1	1010181101010131	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	341010
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 101010
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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados, 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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012 Pinda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2012 Bovera Ly	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012 Vitor	53-Data, local e Cartão da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

422002
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11/11/2011	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Pré-Ci 8065766	7-Data Validade de 30 dias 11/09/12/12/11
8-Número da Carteira 1010210121511051512610110105110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITOR AUGUSTO DOS SANTOS CARVALHO		14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO		
16-Atendimento a F.N. N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código I.B.S. 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 410711714316181916		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código I.B.S. 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código I.B.S. 025 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-2º dígito do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
1-100181530000417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASD	1	1
2-100181530000417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASE	1	1
3-100181530000417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIE	1	1
4-100181530000417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAID	1	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 16/01/11/11/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1440,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, recebi 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/11/11/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/11/11/2012					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/11/11/2012					
53-Data, local e Cessão da Empresa 11/11/11/11					

OdontoLife
1 - requisição para você e seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



422009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012		4-Data de Autorização 20/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Pror. 1 8065772		7-Data Validade da Guia 16/12/2012	
8-Número da Carteira 002012012151105150601100511011											
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO											
14-Telefone 07/04/1965 () - - - - -											
15-Nome do titular do plano VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO											
16-Atendimento a F.N. N											
17-Nome do Prestador Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA				18-Número no CRO 109914		19-UF SP		20-Código IBS 025 - Faturar Empresa	
23-Número no CRO 109914		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	
29-Código IBS											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Data	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade L.S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000032	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00	0,00			20/11/2012		
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/2012											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Valor Total US 314,00											
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 do tratamento, conforme acima apresentados, escrito e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional e 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.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012 Rinaldo											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2012 Daiane Luz											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012 VERA LUCIA											
53-Data, local e Cartão da Empresa / /											



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11	4-Data de Autorização 21/01/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8065780	7-Data Validade da Senha 11/06/12	422016 INTERCÂMBIO
8-Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000201251055060100511011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO		14-Telefone 07041965	15-Nome do Profissional do plano VERA LUCIA DOS SANTOS CARVALHO			
16-Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a FV N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 401717436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CBO
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CBO	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade L.S.
1-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASD		1	36,00
2-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HASE		1	36,00
3-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAIE		1	36,00
4-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA	HAID		1	36,00
5-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
6-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
7-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
8-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
9-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
10-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
11-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
12-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
13-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
14-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
15-0001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVA				
37-Valor						
38-Franchisa / Co-participação R\$						
39-Ant						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Classe 42 Assinatura						
43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/12						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 144,00						
47-Valor Total R\$ 10,10						
48-Total Franchisa / 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) 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 assinou este 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 20/11/12 Pina						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/12 Karine Ly						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/12 VERA LUCIA						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8063918	7-Data Validade da Guia 18/12/2012	421527 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00020121510550601921302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANDERLEI CESAR CASTILHO		14-Telefone 22/03/1953 () 3527-4544		15-Nome do titular do plano LUCIA HELENA MARCONDES DA SILVA CASTILHO		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CIB 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717431696		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP	29-Código CIB	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade L8
1-0008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34000000
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34000
47-Valor Total Faturado 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2012 Pando		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2012 Daiane Luz		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/11/2012 Lucia Helena Marcondes da Silva		53-Data, local e Cartão da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

428568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11	4-Data de Autorização 13/07/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Prorçat 8093146	7-Data Validade da Série 12/07/11
8-Endereço do Beneficiário		9-Fone POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11
12-Número da Carteira 1002020205105506010921302		13-Data 22/03/1953		14-Telefone 35277454	
15-Nome VANDERLEI CESAR CASTILHO		16-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA			
17-Endereço do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número do CRO 109914		19-UF SP	
20-Código da OMS 140717436896		21-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		22-Número do CRO 109914	
23-Data de Nascimento 14/07/11		24-UF SP		25-Código do CNES 025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número do CRO 109914		28-UF SP	
29-Código da OMS 140717436896		30-Código da OMS 140717436896		31-Código da OMS 140717436896	
32-Data de Nascimento 14/07/11		33-Data de Nascimento 14/07/11		34-Data de Nascimento 14/07/11	
35-Data de Nascimento 14/07/11		36-Data de Nascimento 14/07/11		37-Data de Nascimento 14/07/11	
38-Data de Nascimento 14/07/11		39-Data de Nascimento 14/07/11		40-Data de Nascimento 14/07/11	
41-Data de Nascimento 14/07/11		42-Data de Nascimento 14/07/11		43-Data de Nascimento 14/07/11	
44-Data de Nascimento 14/07/11		45-Data de Nascimento 14/07/11		46-Data de Nascimento 14/07/11	
47-Data de Nascimento 14/07/11		48-Data de Nascimento 14/07/11		49-Data de Nascimento 14/07/11	
50-Data de Nascimento 14/07/11		51-Data de Nascimento 14/07/11		52-Data de Nascimento 14/07/11	
53-Data de Nascimento 14/07/11		54-Data de Nascimento 14/07/11		55-Data de Nascimento 14/07/11	
56-Data de Nascimento 14/07/11		57-Data de Nascimento 14/07/11		58-Data de Nascimento 14/07/11	
59-Data de Nascimento 14/07/11		60-Data de Nascimento 14/07/11		61-Data de Nascimento 14/07/11	
62-Data de Nascimento 14/07/11		63-Data de Nascimento 14/07/11		64-Data de Nascimento 14/07/11	
65-Data de Nascimento 14/07/11		66-Data de Nascimento 14/07/11		67-Data de Nascimento 14/07/11	
68-Data de Nascimento 14/07/11		69-Data de Nascimento 14/07/11		70-Data de Nascimento 14/07/11	
71-Data de Nascimento 14/07/11		72-Data de Nascimento 14/07/11		73-Data de Nascimento 14/07/11	
74-Data de Nascimento 14/07/11		75-Data de Nascimento 14/07/11		76-Data de Nascimento 14/07/11	
77-Data de Nascimento 14/07/11		78-Data de Nascimento 14/07/11		79-Data de Nascimento 14/07/11	
80-Data de Nascimento 14/07/11		81-Data de Nascimento 14/07/11		82-Data de Nascimento 14/07/11	
83-Data de Nascimento 14/07/11		84-Data de Nascimento 14/07/11		85-Data de Nascimento 14/07/11	
86-Data de Nascimento 14/07/11		87-Data de Nascimento 14/07/11		88-Data de Nascimento 14/07/11	
89-Data de Nascimento 14/07/11		90-Data de Nascimento 14/07/11		91-Data de Nascimento 14/07/11	
92-Data de Nascimento 14/07/11		93-Data de Nascimento 14/07/11		94-Data de Nascimento 14/07/11	
95-Data de Nascimento 14/07/11		96-Data de Nascimento 14/07/11		97-Data de Nascimento 14/07/11	
98-Data de Nascimento 14/07/11		99-Data de Nascimento 14/07/11		100-Data de Nascimento 14/07/11	

43-Data de Nascimento
14/07/11

44-Data de Nascimento
14/07/11

45-Data de Nascimento
14/07/11

46-Data de Nascimento
14/07/11

47-Data de Nascimento
14/07/11

48-Data de Nascimento
14/07/11

49-Data de Nascimento
14/07/11

50-Data de Nascimento
14/07/11

51-Data de Nascimento
14/07/11

52-Data de Nascimento
14/07/11

53-Data de Nascimento
14/07/11

54-Data de Nascimento
14/07/11

55-Data de Nascimento
14/07/11

56-Data de Nascimento
14/07/11

57-Data de Nascimento
14/07/11

58-Data de Nascimento
14/07/11

59-Data de Nascimento
14/07/11

60-Data de Nascimento
14/07/11

61-Data de Nascimento
14/07/11

62-Data de Nascimento
14/07/11

63-Data de Nascimento
14/07/11

64-Data de Nascimento
14/07/11

65-Data de Nascimento
14/07/11

66-Data de Nascimento
14/07/11

67-Data de Nascimento
14/07/11

68-Data de Nascimento
14/07/11

69-Data de Nascimento
14/07/11

70-Data de Nascimento
14/07/11

71-Data de Nascimento
14/07/11

72-Data de Nascimento
14/07/11

73-Data de Nascimento
14/07/11

74-Data de Nascimento
14/07/11

75-Data de Nascimento
14/07/11

76-Data de Nascimento
14/07/11

77-Data de Nascimento
14/07/11

78-Data de Nascimento
14/07/11

79-Data de Nascimento
14/07/11

80-Data de Nascimento
14/07/11

81-Data de Nascimento
14/07/11

82-Data de Nascimento
14/07/11

83-Data de Nascimento
14/07/11

84-Data de Nascimento
14/07/11

85-Data de Nascimento
14/07/11

86-Data de Nascimento
14/07/11

87-Data de Nascimento
14/07/11

88-Data de Nascimento
14/07/11

89-Data de Nascimento
14/07/11

90-Data de Nascimento
14/07/11

91-Data de Nascimento
14/07/11

92-Data de Nascimento
14/07/11

93-Data de Nascimento
14/07/11

94-Data de Nascimento
14/07/11

95-Data de Nascimento
14/07/11

96-Data de Nascimento
14/07/11

97-Data de Nascimento
14/07/11

98-Data de Nascimento
14/07/11

99-Data de Nascimento
14/07/11

100-Data de Nascimento
14/07/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

433528
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113910	7-Data Validade da Senha 03/11/2012							
8-Número da Carteira 00023225101055060112239011						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome APARECIDA DE FATIMA PEREIRA						14-Telefone 26/04/2057 (112) 9110811899	15-Nome do Músico do plano APARECIDA DE FATIMA PEREIRA					
16-Endereço a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 1099*4	19-UF SP	20-Código CBU S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40717436896						22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA						27-Número no CRO 1099*4		28-UF SP	29-Código CBU S			
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado												
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 Cláusula	42-Assinatura
1-	0031000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/12/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data de Início / Término do Tratamento 09/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cito-histó 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		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 previsto no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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, com zorro atendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2012 Pindo			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012 Dianna Luz			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012 Aparecida de Fatima Pereira			53-Data, local e Carimbo da Empresa			

Odontolife
a regulamentação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



433261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012		4-Data de Autorização 07/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8112984		7-Data Validade da Guia 03/11/2013	
8-Data do Beneficiário 03/11/2012				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Data de Emissão do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANDERSON DINIZ SEVERINO				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano VANDERSON DINIZ SEVERINO		16-Endereço 025 - Faturar Empresa			
17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 1099'4		19-UF SP		20-Código CBHS 025 - Faturar Empresa		21-Código no CNPJ / CPF 4107174368916		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	
23-Número no CRO 1099'4		24-UF SP		25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 1099'4		28-UF SP	
29-Código CBHS		30-UF SP		31-Código CNEB		32-UF SP		33-Código CNEB		34-UF SP	
35-UF SP		36-UF SP		37-UF SP		38-UF SP		39-UF SP		40-UF SP	
41-UF SP		42-UF SP		43-UF SP		44-UF SP		45-UF SP		46-UF SP	
47-UF SP		48-UF SP		49-UF SP		50-UF SP		51-UF SP		52-UF SP	
53-UF SP		54-UF SP		55-UF SP		56-UF SP		57-UF SP		58-UF SP	
59-UF SP		60-UF SP		61-UF SP		62-UF SP		63-UF SP		64-UF SP	
65-UF SP		66-UF SP		67-UF SP		68-UF SP		69-UF SP		70-UF SP	
71-UF SP		72-UF SP		73-UF SP		74-UF SP		75-UF SP		76-UF SP	
77-UF SP		78-UF SP		79-UF SP		80-UF SP		81-UF SP		82-UF SP	
83-UF SP		84-UF SP		85-UF SP		86-UF SP		87-UF SP		88-UF SP	
89-UF SP		90-UF SP		91-UF SP		92-UF SP		93-UF SP		94-UF SP	
95-UF SP		96-UF SP		97-UF SP		98-UF SP		99-UF SP		100-UF SP	
101-UF SP		102-UF SP		103-UF SP		104-UF SP		105-UF SP		106-UF SP	
107-UF SP		108-UF SP		109-UF SP		110-UF SP		111-UF SP		112-UF SP	
113-UF SP		114-UF SP		115-UF SP		116-UF SP		117-UF SP		118-UF SP	
119-UF SP		120-UF SP		121-UF SP		122-UF SP		123-UF SP		124-UF SP	
125-UF SP		126-UF SP		127-UF SP		128-UF SP		129-UF SP		130-UF SP	
131-UF SP		132-UF SP		133-UF SP		134-UF SP		135-UF SP		136-UF SP	
137-UF SP		138-UF SP		139-UF SP		140-UF SP		141-UF SP		142-UF SP	
143-UF SP		144-UF SP		145-UF SP		146-UF SP		147-UF SP		148-UF SP	
149-UF SP		150-UF SP		151-UF SP		152-UF SP		153-UF SP		154-UF SP	
155-UF SP		156-UF SP		157-UF SP		158-UF SP		159-UF SP		160-UF SP	
161-UF SP		162-UF SP		163-UF SP		164-UF SP		165-UF SP		166-UF SP	
167-UF SP		168-UF SP		169-UF SP		170-UF SP		171-UF SP		172-UF SP	
173-UF SP		174-UF SP		175-UF SP		176-UF SP		177-UF SP		178-UF SP	
179-UF SP		180-UF SP		181-UF SP		182-UF SP		183-UF SP		184-UF SP	
185-UF SP		186-UF SP		187-UF SP		188-UF SP		189-UF SP		190-UF SP	
191-UF SP		192-UF SP		193-UF SP		194-UF SP		195-UF SP		196-UF SP	
197-UF SP		198-UF SP		199-UF SP		200-UF SP		201-UF SP		202-UF SP	
203-UF SP		204-UF SP		205-UF SP		206-UF SP		207-UF SP		208-UF SP	
209-UF SP		210-UF SP		211-UF SP		212-UF SP		213-UF SP		214-UF SP	
215-UF SP		216-UF SP		217-UF SP		218-UF SP		219-UF SP		220-UF SP	
221-UF SP		222-UF SP		223-UF SP		224-UF SP		225-UF SP		226-UF SP	
227-UF SP		228-UF SP		229-UF SP		230-UF SP		231-UF SP		232-UF SP	
233-UF SP		234-UF SP		235-UF SP		236-UF SP		237-UF SP		238-UF SP	
239-UF SP		240-UF SP		241-UF SP		242-UF SP		243-UF SP		244-UF SP	
245-UF SP		246-UF SP		247-UF SP		248-UF SP		249-UF SP		250-UF SP	
251-UF SP		252-UF SP		253-UF SP		254-UF SP		255-UF SP		256-UF SP	
257-UF SP		258-UF SP		259-UF SP		260-UF SP		261-UF SP		262-UF SP	
263-UF SP		264-UF SP		265-UF SP		266-UF SP		267-UF SP		268-UF SP	
269-UF SP		270-UF SP		271-UF SP		272-UF SP		273-UF SP		274-UF SP	
275-UF SP		276-UF SP		277-UF SP		278-UF SP		279-UF SP		280-UF SP	
281-UF SP		282-UF SP		283-UF SP		284-UF SP		285-UF SP		286-UF SP	
287-UF SP		288-UF SP		289-UF SP		290-UF SP		291-UF SP		292-UF SP	
293-UF SP		294-UF SP		295-UF SP		296-UF SP		297-UF SP		298-UF SP	
299-UF SP		300-UF SP		301-UF SP		302-UF SP		303-UF SP		304-UF SP	
305-UF SP		306-UF SP		307-UF SP		308-UF SP		309-UF SP		310-UF SP	
311-UF SP		312-UF SP		313-UF SP		314-UF SP		315-UF SP		316-UF SP	
317-UF SP		318-UF SP		319-UF SP		320-UF SP		321-UF SP		322-UF SP	
323-UF SP		324-UF SP		325-UF SP		326-UF SP		327-UF SP		328-UF SP	
329-UF SP		330-UF SP		331-UF SP		332-UF SP		333-UF SP		334-UF SP	
335-UF SP		336-UF SP		337-UF SP		338-UF SP		339-UF SP		340-UF SP	
341-UF SP		342-UF SP		343-UF SP		344-UF SP		345-UF SP		346-UF SP	
347-UF SP		348-UF SP		349-UF SP		350-UF SP		351-UF SP		352-UF SP	
353-UF SP		354-UF SP		355-UF SP		356-UF SP		357-UF SP		358-UF SP	
359-UF SP		360-UF SP		361-UF SP		362-UF SP		363-UF SP		364-UF SP	
365-UF SP		366-UF SP		367-UF SP		368-UF SP		369-UF SP		370-UF SP	
371-UF SP		372-UF SP		373-UF SP		374-UF SP		375-UF SP		376-UF SP	
377-UF SP		378-UF SP		379-UF SP		380-UF SP		381-UF SP		382-UF SP	
383-UF SP		384-UF SP		385-UF SP		386-UF SP		387-UF SP		388-UF SP	
389-UF SP		390-UF SP		391-UF SP		392-UF SP		393-UF SP		394-UF SP	
395-UF SP		396-UF SP		397-UF SP		398-UF SP		399-UF SP		400-UF SP	
401-UF SP		402-UF SP		403-UF SP		404-UF SP		405-UF SP		406-UF SP	
407-UF SP		408-UF SP		409-UF SP		410-UF SP		411-UF SP		412-UF SP	
413-UF SP		414-UF SP		415-UF SP		416-UF SP		417-UF SP		418-UF SP	
419-UF SP		420-UF SP		421-UF SP		422-UF SP		423-UF SP		424-UF SP	
425-UF SP		426-UF SP		427-UF SP		428-UF SP		429-UF SP		430-UF SP	
431-UF SP		432-UF SP		433-UF SP		434-UF SP		435-UF SP		436-UF SP	
437-UF SP		438-UF SP		439-UF SP		440-UF SP		441-UF SP		442-UF SP	
443-UF SP		444-UF SP		445-UF SP		446-UF SP		447-UF SP		448-UF SP	
449-UF SP		450-UF SP		451-UF SP		452-UF SP		453-UF SP		454-UF SP	
455-UF SP		456-UF SP		457-UF SP		458-UF SP		459-UF SP		460-UF SP	
461-UF SP		462-UF SP		463-UF SP		464-UF SP		465-UF SP		466-UF SP	
467-UF SP		468-UF SP		469-UF SP		470-UF SP		471-UF SP		472-UF SP	
473-UF SP		474-UF SP		475-UF SP		476-UF SP		477-UF SP		478-UF SP	
479-UF SP		480-UF SP		481-UF SP		482-UF SP		483-UF SP		484-UF SP	
485-UF SP		486-UF SP		487-UF SP		488-UF SP		489-UF SP		490-UF SP	
491-UF SP		492-UF SP		493-UF SP		494-UF SP		495-UF SP		496-UF SP	
497-UF SP		498-UF SP		499-UF SP		500-UF SP		501-UF SP		502-UF SP	
503-UF SP		504-UF SP		505-UF SP		506-UF SP		507-UF SP		508-UF SP	
509-UF SP		510-UF SP		511-UF SP		512-UF SP		513-UF SP		514-UF SP	
515-UF SP		516-UF SP		517-UF SP		518-UF SP		519-UF SP		520-UF SP	
521-UF SP		522-UF SP		523-UF SP		524-UF SP		525-UF SP		526-UF SP	
527-UF SP		528-UF SP		529-UF SP		530-UF SP		531-UF SP		532-UF SP	
533-UF SP		534-UF SP		535-UF SP		536-UF SP		537-UF SP		538-UF SP	
539-UF SP		540-UF SP		541-UF SP		542-UF SP		543-UF SP		544-UF SP	
545-UF SP		546-UF SP		547-UF SP		548-UF SP		549-UF SP		550-UF SP	
551-UF SP		552-UF SP		553-UF SP		554-UF SP		555-UF SP		556-UF SP	
557-UF SP		558-UF SP		559-UF SP		560-UF SP		561-UF SP		562-UF SP	
563-UF SP		564-UF SP		565-UF SP		566-UF SP		567-UF SP		568-UF SP	
569-UF SP		570-UF SP		571-UF SP		572-UF SP		573-UF SP		574-UF SP	
575-UF SP		576-UF SP		577-UF SP		578-UF SP		579-UF SP		580-UF SP	
581-UF SP		582-UF SP		583-UF SP		584-UF SP		585-UF SP		586-UF SP	
587-UF SP		588-UF SP		589-UF SP		590-UF SP		591-UF SP		592-UF SP	
593-UF SP		594-UF SP		595-UF SP		596-UF SP		597-UF SP		598-UF SP	
599-UF SP		600-UF SP		601-UF SP		602-UF SP		603-UF SP		604-UF SP	
605-UF SP		606-UF SP		607-UF SP		608-UF SP		609-UF SP		610-UF SP	
611-UF SP		612-UF SP		613-UF SP		614-UF SP		615-UF SP		616-UF SP	
617-UF SP		618-UF SP		619-UF SP		620-UF SP		621-UF SP		622-UF SP	
623-UF SP		624-UF SP		625-UF SP		626-UF SP		627-UF SP		628-UF SP	
629-UF SP		630-UF SP		631-UF SP		632-UF SP		633-UF SP		634-UF SP	
635-UF SP		636-UF SP		637-UF SP		638-UF SP		639-UF SP		640-UF SP	
641-UF SP		642-UF SP		643-UF SP		644-UF SP		645-UF SP		646-UF SP	
647-UF SP		648-UF SP		649-UF SP		650-UF SP		651-UF SP		652-UF SP	
653-UF SP		654-UF SP		655-UF SP		656-UF SP		657-UF SP		658-UF SP	
659-UF SP		660									