

24



FLAVIA CAMPOS DE
AV Pratygy n° 270 A, B Bentes II,
Qd 336 Lt 03, Beneditino Bentes
CEP 57 084-092 MACEIO AL



É uma vida melhor!

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



515623
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 01/01/04	4º Data de Análise 01/01/04	5º Cidade AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 8452077	7º Data Validação da Guia 01/01/07
---------------------------	--	--------------------------------	-------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8º Número da Carteira 01020251981182000012303	9º Sexo POS REDE PRESTADORA	10º Empresa CYA VERDE LOGISTICAL LTDA	11º Data Validade da Carteira / /	12º Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	--------------------------------------	---

13º Nome
IAGO GABRIEL ARRAYS DOS SANTOS

27/11/2008

14º Telefone () -	15º Nome do titular do plano TIAGO SILVA DOS SANTOS
-----------------------	--

Dados do Contratado Beneficiário pelo Tratamento

16º Nome do Profissional Solicitante N	17º Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	18º Nome do Profissional Executor FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	19º UF AL	20º Código CBO S 025 -
---	---	--	--------------	---------------------------

21º Código na Opção de CBO / CFP 034514508410	22º Nome da Empresa Beneficiária FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	23º Número no CBO 4429	24º UF AL	25º Código CBO S AL
--	---	---------------------------	--------------	------------------------

26º Nome do Profissional Executor
FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO

27º Data de Tratamento / Procedimento Odontológico

30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Dente/Região	34º Fato	35º CID	36º Quantidade US	37º Valor	38º Franchising / Co-participação R\$	39º Aut	40º Data de Realização	41º Mês de Ocorrência	42º Análise
1	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	11	11	6,110,00	0,00	0,00	0,00	01/01/04	01	Flavia
2	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	11	6,110,00	0,00	0,00	0,00	01/01/04	01	Flavia
3	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	11	6,110,00	0,00	0,00	0,00	01/01/04	01	Flavia
4	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
5	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
6	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43º Data Previsto Término do Tratamento / /	44º Tipo de Anestesia 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Conduta 4 - Urgência Emergência	45º Tipo de Franchising 1 - Total 2 - Parcial	46º Total Quantidade US 1183,00	47º Total Franchising / Co-participação R\$ 10,00	48º Total Franchising / Co-participação R\$ 10,00
--	--	--	------------------------------------	--	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo a realização do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, a prestação dos serviços, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50º Data local e Assinatura do Contratado Beneficiário 01/01/04	51º Data local e Assinatura do Profissional Solicitante 01/01/04	52º Data local e Assinatura do Profissional Executor 01/01/04	53º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
--	---	--	---

54º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	55º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	56º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	57º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
---	---	---	---

58º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	59º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	60º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	61º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
---	---	---	---

62º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	63º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	64º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	65º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
---	---	---	---

66º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	67º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	68º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	69º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
---	---	---	---

70º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	71º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	72º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04	73º Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/04
---	---	---	---



Data Variabel di Serial

CEP 57 084-092 MACEDO AL



14-2

520910
INTERCÂMBIO

epi

41 - Motivo da Gbora 42-43

21114

211128

214

21					
21					

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

001-05

AS DE

Bentes II.

CEIO AI

1

2-N



16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	18-Número no CRO 4429	19-UF AL	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX Envio 156-27
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101314151415101814110111	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	23-Número no CRO 4429	24-UF AL	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Escrutante FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	27-Número no CRO 4429	28-UF AL	29-Código CRO S		

Formulário de Tratamento / Procedimento Odontológico												
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Íngulo	34-Fluxo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Módulo de Classe	42-Assinatura
1-0	0	8	5	2	0	0	1	5	8			
TRATAMENTO ENDODÔNTICO												
			27		1	5	3	3	0	0	0	0
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Vale 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 apresentado, 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), tenham realizado(s) com meu consentimento e da forma solicitada. 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.

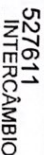
FLAVIA CAMPOS DE
OMEIA FRAZOSO ME

50-Dma, local e Assinatura do Grupo-Controle Solitário	51-Dma, local e Assinatura do Grupo-Controle	52-Dma, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dma, local e Assinatura da Empresa
11/10/2011	11/10/2011	11/10/2011	11/10/2011
CROIAL 44/3	CROIAL 44/3	CROIAL 44/3	CROIAL 44/3

Qd. B46. LT 03 Benedito Bentes

CEP 57 084-092 MACEIO AL

2-M



CEP 57 084-092 MAC EIO A



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



533272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/6/04/21	4-Dia de Autorização 12/6/04/21	5-Caixa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8519226	7-Dia Validade da Guia 12/5/07/21
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dia de Recebimento

9-Dia de Recebimento 00/02/05	10-Dia de Recebimento 00/02/05	11-Dia Validade da Carteira 00/02/05	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MAGDA RAFAELA SILVA DOS SANTOS ALEXANDRE	14-Endereço 13/06/1988	15-Nome do Bêbê do Plano ANDRE HENRIQUE ALEXANDRE
---	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	18-UF AL	19-Código CNES 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------	--

20-Código de Operadora / CNP / CPE 03454508410	21-Nome do Contratado Especialista FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	22-UF AL	23-Código CNES 025 - Faturar Empresa
---	--	-------------	--

24-Nome do Profissional Especialista FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	25-UF AL	26-Código CNES 025 - Faturar Empresa
--	-------------	--

27-Tipo de Tratamento / Procedimentos Solicitados

28-Tabella	29-Código do Procedimento	30-Descrição	31-Dente/Região	32-Face	33-Qtd	34-Quantidade US	35-Valor	36-Tarifa/Co-participação R\$	37-Aut	38-Dia de Realização	39-Matéria da Classe	40-Atividade
1	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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												

43-Dia Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Tratamento
46-Tipo de Tratamento
47-Valor Total R\$
48-Valor Total R\$
49-Valor Total R\$
50-Valor Total R\$
51-Valor Total R\$
52-Valor Total R\$
53-Valor Total R\$
54-Valor Total R\$
55-Valor Total R\$
56-Valor Total R\$
57-Valor Total R\$
58-Valor Total R\$
59-Valor Total R\$
60-Valor Total R\$
61-Valor Total R\$
62-Valor Total R\$
63-Valor Total R\$
64-Valor Total R\$
65-Valor Total R\$
66-Valor Total R\$
67-Valor Total R\$
68-Valor Total R\$
69-Valor Total R\$
70-Valor Total R\$
71-Valor Total R\$
72-Valor Total R\$
73-Valor Total R\$
74-Valor Total R\$
75-Valor Total R\$
76-Valor Total R\$
77-Valor Total R\$
78-Valor Total R\$
79-Valor Total R\$
80-Valor Total R\$
81-Valor Total R\$
82-Valor Total R\$
83-Valor Total R\$
84-Valor Total R\$
85-Valor Total R\$
86-Valor Total R\$
87-Valor Total R\$
88-Valor Total R\$
89-Valor Total R\$
90-Valor Total R\$
91-Valor Total R\$
92-Valor Total R\$
93-Valor Total R\$
94-Valor Total R\$
95-Valor Total R\$
96-Valor Total R\$
97-Valor Total R\$
98-Valor Total R\$
99-Valor Total R\$
100-Valor Total R\$

50-Gra, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/04/21	51-Gra, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 12/6/04/21	52-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	53-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	54-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	55-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	56-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	57-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	58-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	59-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	60-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	61-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	62-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	63-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	64-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	65-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	66-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	67-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	68-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	69-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	70-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	71-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	72-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	73-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	74-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	75-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	76-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	77-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	78-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	79-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	80-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	81-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	82-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	83-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	84-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	85-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	86-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	87-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	88-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	89-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	90-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	91-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	92-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	93-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	94-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	95-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	96-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	97-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	98-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	99-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21	100-Gra, local e Assinatura do Especialista Responsável 12/6/04/21
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO - ME
Av. Prata 270 A, B. Benedito Benites II
Qd. B46, LT 03, Benedito Benites II
CEP 137 084-092, MACEIO AL



Formulário para o Odontólogo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



533075
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/06/2014	4-Dia de Autorização 12/06/2014	5-Conta AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8518507	7-Dia Validade da Guia 12/06/2015
------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Numero da Carteira 0100202519818200007204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CVA VERDE LOGISTICA LTDA	11-Dia Validade da Carteira 12/06/2015	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome MAGDA RAFAELA SILVA DOS SANTOS ALEXANDR	13/06/1988	14-1º Sobrenome ()	15-Nome do Bulvar do Plano ANDRE HENRIQUE ALEXANDRE
--	------------	------------------------	--

16-Adesão a RVI N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	18-Numero no CNO 4429	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
----------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0345150841101	22-Nome do Contratado Específico FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	23-Numero no CNO 4429	24-UF AL	25-Código CNES (1) 82001294-38
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Específico FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO	27-Numero no CNO 4429	28-UF AL	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-01082101294	32-Descrição REMOÇÃO DE DENTES SEMI	33-Quantidade 38	34-Faixa 1	35-Quantidade US 186,00	36-Valor 0,00	37-Franchising/Participação R\$ 5126,00	38-Ant 126,00	39-Moeda da Realização 126,00	40-Moeda da Realização 126,00	41-Moeda da Realização 126,00
---	--	---------------------	---------------	----------------------------	------------------	--	------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

42-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	44-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidades US 186,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Financeira / Co-participação R\$ 10,00
---	---	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

49-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	52-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	53-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	54-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	55-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	56-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	57-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	58-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	59-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	61-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	62-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	63-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	64-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	65-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	66-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	67-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	68-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	69-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	70-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

71-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	72-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	73-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	74-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	75-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	76-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	77-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	78-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	79-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	80-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	81-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

82-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	83-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	84-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	85-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	86-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	87-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	88-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	89-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	90-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	91-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	92-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

93-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	94-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	95-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	96-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	97-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	98-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	99-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	100-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	101-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	102-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	103-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

104-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	105-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	106-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	107-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	108-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	109-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	110-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	111-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	112-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	113-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	114-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

115-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	116-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	117-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	118-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	119-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	120-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	121-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	122-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	123-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	124-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	125-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

126-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	127-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	128-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	129-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	130-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	131-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	132-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	133-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	134-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	135-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	136-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

137-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	138-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	139-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	140-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	141-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	142-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	143-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	144-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	145-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	146-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	147-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

148-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	149-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	150-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	151-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	152-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	153-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	154-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	155-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	156-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	157-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	158-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

159-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	160-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	161-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	162-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	163-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	164-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	165-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	166-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	167-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	168-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	169-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

170-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	171-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	172-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	173-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	174-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	175-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	176-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	177-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	178-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	179-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	180-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Região ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/7/01 4/12/11

4-Dia de Autorização
12/7/01 4/12/11

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8524160

7-Dia Validade da Guia
12/8/01 7/12/11

8-Número da Guia
10-012025121477460006021011

9-Número da Guia
10-012025121477460006021011

10-Pos Rede Prestadora
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço
KRONA TUBOS E CONEXÕES DO

12-Dia Validade da Guia
11/1/11 1/1/11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Nome
DOUGLAS LEITE DE OLIVEIRA

15-Data
25/01/1998

16-Nome do Paciente
DOUGLAS LEITE DE OLIVEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

18-Número no CBO
4429

19-UF
AL

20-Código CBO S

21-Faturar Empresa

22-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

23-Número no CBO
4429

24-UF
AL

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Nome do Paciente / Procedimentos Solicitados
FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Cad	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	46	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	37	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-1	1	8 4 0 0 0 1 9 8	36	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declara, 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 a pagar em meu nome e por minha conta, as prestações contratadas que assim seja documentado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/7/01/AL

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/7/01/AL

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/7/01/AL

72-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

73-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

74-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

75-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

76-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

77-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

78-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

79-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

80-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

81-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

82-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

83-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

84-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

85-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

86-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

87-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

88-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

89-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

90-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

91-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

92-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

93-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

94-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

95-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

96-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

97-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

98-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

99-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

100-Data, local e Assinatura do Profissional
12/7/01/AL

CEP 57 084-052 MACAÏO AL



1-Registro ANS 406614		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014		4-Data de Autuação 12/08/2014		5-Será Autorizado AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 536851		7-Data Validade da Senha 12/17/2014		536851 INTERCÂMBIO			
8-Número do Contrato 0102025198182000121303												9-Data Validade da Senha 12/17/2014		10-Data Validade da Senha 12/17/2014	
11-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JAGO GABRIEL ARRAYS DOS SANTOS												12-Data Validade da Senha 12/17/2014		13-Data Validade da Senha 12/17/2014	
14-Data Validade da Senha 12/17/2014												15-Data Validade da Senha 12/17/2014		16-Data Validade da Senha 12/17/2014	
17-Data Validade da Senha 12/17/2014												18-Data Validade da Senha 12/17/2014		19-Data Validade da Senha 12/17/2014	
20-Data Validade da Senha 12/17/2014												21-Data Validade da Senha 12/17/2014		22-Data Validade da Senha 12/17/2014	
23-Data Validade da Senha 12/17/2014												24-Data Validade da Senha 12/17/2014		25-Data Validade da Senha 12/17/2014	
26-Data Validade da Senha 12/17/2014												27-Data Validade da Senha 12/17/2014		28-Data Validade da Senha 12/17/2014	
29-Data Validade da Senha 12/17/2014												30-Data Validade da Senha 12/17/2014		31-Data Validade da Senha 12/17/2014	
32-Data Validade da Senha 12/17/2014												33-Data Validade da Senha 12/17/2014		34-Data Validade da Senha 12/17/2014	
35-Data Validade da Senha 12/17/2014												36-Data Validade da Senha 12/17/2014		37-Data Validade da Senha 12/17/2014	
38-Data Validade da Senha 12/17/2014												39-Data Validade da Senha 12/17/2014		40-Data Validade da Senha 12/17/2014	
41-Data Validade da Senha 12/17/2014												42-Data Validade da Senha 12/17/2014		43-Data Validade da Senha 12/17/2014	
44-Data Validade da Senha 12/17/2014												45-Data Validade da Senha 12/17/2014		46-Data Validade da Senha 12/17/2014	
47-Data Validade da Senha 12/17/2014												48-Data Validade da Senha 12/17/2014		49-Data Validade da Senha 12/17/2014	
50-Data Validade da Senha 12/17/2014												51-Data Validade da Senha 12/17/2014		52-Data Validade da Senha 12/17/2014	
53-Data Validade da Senha 12/17/2014												54-Data Validade da Senha 12/17/2014		55-Data Validade da Senha 12/17/2014	
56-Data Validade da Senha 12/17/2014												57-Data Validade da Senha 12/17/2014		58-Data Validade da Senha 12/17/2014	
59-Data Validade da Senha 12/17/2014												60-Data Validade da Senha 12/17/2014		61-Data Validade da Senha 12/17/2014	
62-Data Validade da Senha 12/17/2014												63-Data Validade da Senha 12/17/2014		64-Data Validade da Senha 12/17/2014	
65-Data Validade da Senha 12/17/2014												66-Data Validade da Senha 12/17/2014		67-Data Validade da Senha 12/17/2014	
68-Data Validade da Senha 12/17/2014												69-Data Validade da Senha 12/17/2014		70-Data Validade da Senha 12/17/2014	
71-Data Validade da Senha 12/17/2014												72-Data Validade da Senha 12/17/2014		73-Data Validade da Senha 12/17/2014	
74-Data Validade da Senha 12/17/2014												75-Data Validade da Senha 12/17/2014		76-Data Validade da Senha 12/17/2014	
77-Data Validade da Senha 12/17/2014												78-Data Validade da Senha 12/17/2014		79-Data Validade da Senha 12/17/2014	
80-Data Validade da Senha 12/17/2014												81-Data Validade da Senha 12/17/2014		82-Data Validade da Senha 12/17/2014	
83-Data Validade da Senha 12/17/2014												84-Data Validade da Senha 12/17/2014		85-Data Validade da Senha 12/17/2014	
86-Data Validade da Senha 12/17/2014												87-Data Validade da Senha 12/17/2014		88-Data Validade da Senha 12/17/2014	
89-Data Validade da Senha 12/17/2014												90-Data Validade da Senha 12/17/2014		91-Data Validade da Senha 12/17/2014	
92-Data Validade da Senha 12/17/2014												93-Data Validade da Senha 12/17/2014		94-Data Validade da Senha 12/17/2014	
95-Data Validade da Senha 12/17/2014												96-Data Validade da Senha 12/17/2014		97-Data Validade da Senha 12/17/2014	
98-Data Validade da Senha 12/17/2014												99-Data Validade da Senha 12/17/2014		100-Data Validade da Senha 12/17/2014	



Formulário para envio de

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



536573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2013	4-Data de Autorização 12/08/2013	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8532283	7-Data Validade da Guia 12/17/10/17/12/13
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

8-Endereço do Beneficiário

9-Endereço do Beneficiário 10-0120125119811821000123051
--

11-Endereço do Beneficiário POS REDE PRESTADORA
--

12-Endereço do Beneficiário CVA VERDE LOGISTICA LTDA

13-Endereço do Beneficiário TIAGO SILVA DOS SANTOS

14-Endereço do Beneficiário TIAGO SILVA DOS SANTOS

15-Endereço do Beneficiário

16-Endereço do Beneficiário 01/01/2013

17-Endereço do Beneficiário 18-Endereço do Beneficiário
--

19-Endereço do Beneficiário 20-Endereço do Beneficiário
--

21-Endereço do Beneficiário 22-Endereço do Beneficiário
--

23-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

24-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

25-Endereço do Beneficiário 4429

26-Endereço do Beneficiário 4429

27-Endereço do Beneficiário 4429

28-Endereço do Beneficiário 4429

29-Endereço do Beneficiário 4429

30-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

31-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

32-Endereço do Beneficiário 4429

33-Endereço do Beneficiário 4429

34-Endereço do Beneficiário 4429

35-Endereço do Beneficiário 4429

36-Endereço do Beneficiário 4429

37-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

38-Endereço do Beneficiário FLAVIA CAMPOS DE OMENA FRAGOSO

39-Endereço do Beneficiário 4429

40-Endereço do Beneficiário 4429

41-Endereço do Beneficiário 4429

42-Endereço do Beneficiário 4429

43-Endereço do Beneficiário 4429

44-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

45-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

46-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

47-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

48-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

49-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

50-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

51-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

52-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

53-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

54-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

55-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

56-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

57-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

58-Endereço do Beneficiário 32-Descrição 33-Quantidade 34-Valor 35-Valor 36-Quantidade 37-Valor 38-Frequência/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Modo de Class 42-Autorização

24



CEP 57 084-092 MACÊIO