



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



509392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/3/12/1	4-Data de Autorização 12/6/10/3/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8426458	7-Data Validade da Senha 12/4/10/6/12/1
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025359393000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
HILARIO COSTA DA SILVA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
(11) 6777319825

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

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

21-Código CNES

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12151070426800111	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
--	--

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CBO S

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-Denome Regio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20
15-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	61,00	10,00	11	11	09/04/20	11	09/04/20

43-Data de Início do Tratamento

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

244,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Exame - 629557

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

09/04/20

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

09/04/20

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

09/04/20

53-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

54-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

55-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

56-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

57-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

58-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

59-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

60-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

61-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

62-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

63-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

64-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

65-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

66-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

67-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

68-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

69-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

70-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

71-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

72-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

73-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

74-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

75-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

76-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

77-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

78-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

79-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

80-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

81-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

82-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

83-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

84-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

85-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

86-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

87-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

88-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

89-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

90-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

91-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

92-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

93-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

94-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

95-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

96-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

97-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

98-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

99-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20

100-Data local e Assinatura da Empresa

09/04/20



1-Registro ANS 406414	3-Jornal de Emissão da Guia 11/21/04/121	4-Data de Autorização 11/21/04/121	5-Sema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8471845	7-Data Válida da Sema 11/17/21
--------------------------	---	---------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

8-Número da Carteira 10102102153630930000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vistoria de da Carteira	12-Número do Cartão
---	---	---	---	----------------------------

13- Nome ADRIEL RICARDO DE OLIVEIRA	14- Telefone 2312/21982	15- Nome do titular do plano SIDNEIA ALVES DE OLIVEIRA
--	----------------------------	---

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

27-Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 5 0 7 0 4 2 6 8 0 0
32-Nome do Contratado Elecionista	EUSABETE MONTEIRO SCHAFER
23-Número no CRO	55391
24-Uf	SP
25-Codigos CINES	

26- Nome do Profissional Exercitante	27- Número no CRO	28- UF	29- Código CBO's
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	55391	SP	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cto	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fiança/Coparticipação R\$	39- Aut	40- Da
------------	----------------------------	---------------	------------------	----------	---------	-------------------	-----------	-------------------------------	---------	--------

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

[illegible][illegible]

43-Data Plavision	44- tipo de atendimento	45- Data de atendimento	46- Data de atendimento
11/24/2014	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1- Total 2- Paciel	6 1 1 0 0 0

[illegible]

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia Local e Assinatura do Cirurgião
12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11

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-Registro ANS 406474 3-Data de Emissão da Guia 11/2/10 4-Data de Autorização 11/2/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8471948 7-Data Validade da Semeta 11/10/17

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 000202536309300000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LARYSSA MARIA ALVES DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SIDNEIA ALVES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome de 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 121510704268001 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 Causa	42- Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6 1 1 0 0	0	0	0	12/04/2011	12/04/2011
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	0	0	0	12/04/2011	12/04/2011
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 12/4/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 112200 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Exemplar para o Contratado
CNPJ: 11.053.000/0001-11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/4/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/4/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/4/11

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: [Assinatura] Assinatura do Cirurgião-Dentista: [Assinatura] Assinatura do Beneficiário / Responsável: [Assinatura] Assinatura da Empresa: [Assinatura]



520851
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 4-Data de Autorização 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8472993 7-Data Validade da Guia 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002012536309300001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIEL RICARDO DE OLIVEIRA 23/12/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do Plano SIDNEIA ALVES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditamento 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 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-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moito da Gota	42-Assinatura
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61100	0100		S	12/12/11	12521	12/12/11
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento 11/12/11 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 61100 47-Valor Total R\$ 0100 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

Sekon - 944450

50-Data local e Assinatura do Consultado-Dentista Solicitante 12/11/11 51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista 12/11/11 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 53-Data local e Assinatura da Empresa 12/11/11 54-Data local e Assinatura da Empresa 12/11/11

12/12/11 10:53:37

12/12/11 10:53:37



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



522003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/04 14/12/11	4-Data de Autorização 11/3/04 11/2/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8477398	7-Data Válida até a Senha 11/2/10 17/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210251105506018210802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome SATHYA NITIANANDA DE SOUZA SANTOS	29/03/2007	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA MARCIA DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 125070421680011	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 Oclusa	42-Assinatura
1	001810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	11/11/11	13.04.21	13.04.21
2	001840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	11/11/11	13.04.21	13.04.21
3	001840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	11/11/11	13.04.21	13.04.21
4	001840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	11/11/11	13.04.21	13.04.21
5	001840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	11/11/11	13.04.21	13.04.21
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/04/11	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 13.04.21
--	---	--	-----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação
Sokan-883335

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/04/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13.04.21	53-Data local e Assinatura da Empresa 13.04.21	54-Data local e Assinatura da Empresa 13.04.21
--	--	--	---	---

Emissão: 13.04.21
CNPJ: 10.000.000/0001-91



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



506776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

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

4-Data de Autorização
12/5/10 3/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8415553

7-Data Validade da Senha
12/1/10 6/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100210215105506018208011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA MARCIA DOS SANTOS

08/11/1965

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
MARIA MARCIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO
55391

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
125070421680011

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
125070421680011

26-UF
SP

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Grava	42-Assinatura
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	13/04/11	13,0421	1003
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	13/04/11	13,0421	1003
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	13/04/11	13,0421	1003
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	13/04/11	13,0421	1003
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	13/04/11	13,0421	1003
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-Valor Total R\$		48-Total Franquia/Co-participação R\$		
13/04/11		1-Tip. Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Tot. 2-Parcial		1178,00		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 no 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.												
19-Observação												

Empate! Odontologia Ltda - ME
CNPJ nº 10.605.776/0001-71

49-Observação

Empresário Odontológico Ltda - ME
CNPJ: 10.655.776/0001-11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/04/11 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/04/11 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/04/11 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/04/11 [Assinatura]



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 4-Data de Autorização 10/05/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8449544 7-Data Validade da Sentia 10/04/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-3 6 3 0 9 3 0 0 0 0 1 0 2 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Name ADRIEL RICARDO DE OLIVEIRA 23/12/1982 14-Telefone 15-Data Validade da Carteira 16-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Name 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-Name do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3	4,00	0,00	1	1	1	1
2-0	08	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
3-0	08	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
4-0	08	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
5-0	08	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
6-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
7-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
8-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
9-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
10-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
11-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
12-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
13-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
14-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1
15-1	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3	6,00	0,00	1	1	1	1

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 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 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

Emmanuel Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0001-71

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data Local e Assinatura da Empresa



Ita 14.01.2019 12:51:52 VZCZ 50791

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/11/04/12/11

4-Data de Autorização 10/11/04/12/11

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8446106

7-Data Validade da Guia 13/01/06/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/53/65/62/40/00/00/10/11

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARTHUR TEODOSIO DE OLIVEIRA

14/12/1993

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano ARTHUR TEODOSIO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO 55391

19-UF SP

20-Código CBO S

21-UF SP

22-UF SP

23-Código CNES

24-UF SP

25-Código CBO S

26-UF SP

27-UF SP

28-UF SP

29-UF SP

30-UF SP

31-UF SP

32-UF SP

33-UF SP

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

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-Mofo da CBO S	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00						
2-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
3-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
4-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
5-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
6-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
7-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
8-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
9-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
10-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
11-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
12-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
13-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
14-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						
15-010	8153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00						

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/04

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1178,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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 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 11/11/04

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

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

53-Data local e Assinatura da Empresa 11/11/04

[Handwritten signatures and stamps]

[Handwritten signatures and stamps]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



514160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/04 14/12/11	4-Data de Autorização 10/11/04 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8446187	7-Data Validade da Senha 13/01/06 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202536562400001010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
GIRLANE DE ARAUJO FRANCISCO

07/01/1997

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Telefone () - - - - -
--------------------------------------	------------------------------

11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 514160
--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251070426800	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
--	--

25-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES SP	26-Código CBO S SP
--	---------------------------	---------------------------	-------------	----------------------	-----------------------

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
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/11/04	01-04-23-Planam
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/04	01-4-21-Planam
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/04	01-4-20-Genplan
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/04	01-4-21-Genplan
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/04	01-4-21-Genplan
6-1			1	1	1				1	11/11/04	
7-1			1	1	1				1	11/11/04	
8-1			1	1	1				1	11/11/04	
9-1			1	1	1				1	11/11/04	
10-1			1	1	1				1	11/11/04	
11-1			1	1	1				1	11/11/04	
12-1			1	1	1				1	11/11/04	
13-1			1	1	1				1	11/11/04	
14-1			1	1	1				1	11/11/04	
15-1			1	1	1				1	11/11/04	
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/04											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 1178,00											
47-Valor Total R\$ 10,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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 no contrato.

49-Observação

Encargado Operadora

02/11/2004

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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/04	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/04	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/04	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/04
---	---	---	--

Carla Maria de Oliveira
01/11/04

Carla Maria de Oliveira
01/11/04

Carla Maria de Oliveira
01/11/04

Carla Maria de Oliveira
01/11/04

514971
INTERC

ude

1001

41-Motivo c

0
4
4

—

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

48-Total Franquia			
-------------------	--	--	--

--	--	--	--

10-606-2161

1111

ode Sa



514983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 4-Data de Autorização 10/05/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8449197 7-Data Validade da Sentença 10/04/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAURA VALENTINNE ALVES DE OLIVEIRA 14-Telefone 29/12/2016 15-Nome do titular do plano SIDNEIA ALVES DE OLIVEIRA

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 12/5107042168001 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-Montante da Glosa	42-Assinatura
1-010	8100001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				5421	Adriuel
2-010	840000901	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00				5421	Adriuel
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 Prevista Término do Tratamento 5/1/11 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 110,60 47-Valor Total R\$ 10,00 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 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

28/05/11

Emmanuel Odontologia
CNPJ: 16.000.000/11

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Associante 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura da Empresa

54-Data local e Assinatura da Empresa 55-Data local e Assinatura da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



Site OK 19

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/05/10 14/12/11

4-Data de Autorização
10/05/10 14/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8449165

7-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11

8-Data Validade da Carteira
10/04/10 17/12/11

9-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11

10-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11

11-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11

12-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/10 25/03/09 30/00 00 01 10 14

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Telefone
() - - - - -

12-Data Validade da Carteira
10/02/2011

13-Nome do titular do plano
SIDNEIA ALVES DE OLIVEIRA

14-Nome do Profissional Solicitante
LARYSSA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

15-Data Validade da Senha
10/02/2011

16-Data Validade da Senha
10/02/2011

17-Data Validade da Senha
10/02/2011

18-Data Validade da Senha
10/02/2011

19-Data Validade da Senha
10/02/2011

20-Data Validade da Senha
10/02/2011

21-Data Validade da Senha
10/02/2011

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 Senha
10/02/2011

22-Data Validade da Senha
10/02/2011

23-Data Validade da Senha
10/02/2011

24-Data Validade da Senha
10/02/2011

25-Data Validade da Senha
10/02/2011

26-Data Validade da Senha
10/02/2011

27-Data Validade da Senha
10/02/2011

28-Data Validade da Senha
10/02/2011

29-Data Validade da Senha
10/02/2011

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12507104268000

22-Nome do Contratado Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO
55391

24-UF
SP

25-Código CNES
025

26-Data Validade da Senha
10/02/2011

27-Data Validade da Senha
10/02/2011

28-Data Validade da Senha
10/02/2011

29-Data Validade da Senha
10/02/2011

30-Data Validade da Senha
10/02/2011

31-Data Validade da Senha
10/02/2011

32-Data Validade da Senha
10/02/2011

33-Data Validade da Senha
10/02/2011

34-Data Validade da Senha
10/02/2011

36-Nome do Profissional Executante
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

37-Número no CRO
55391

38-UF
SP

39-Código CBO S
025

40-Data Validade da Senha
10/02/2011

41-Data Validade da Senha
10/02/2011

42-Data Validade da Senha
10/02/2011

43-Data Validade da Senha
10/02/2011

44-Data Validade da Senha
10/02/2011

45-Data Validade da Senha
10/02/2011

46-Data Validade da Senha
10/02/2011

47-Data Validade da Senha
10/02/2011

48-Data Validade da Senha
10/02/2011

49-Data Validade da Senha
10/02/2011

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
34-Face
35-Cód

36-Quantidade US
37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut

40-Data de Realização
41-Mo do da Glosa 42-Assinatura

43-Data Validade da Senha
44-Data Validade da Senha

45-Data Validade da Senha
46-Data Validade da Senha

47-Data Validade da Senha
48-Data Validade da Senha

49-Data Validade da Senha
50-Data Validade da Senha

51-Data Validade da Senha
52-Data Validade da Senha

53-Data Validade da Senha
54-Data Validade da Senha

55-Data Validade da Senha
56-Data Validade da Senha

57-Data Validade da Senha
58-Data Validade da Senha

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5

2-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

3-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

4-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

5-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

6-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

7-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

8-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

9-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

10-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

11-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

12-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

13-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

14-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

15-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

16-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

17-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

18-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

19-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

20-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

21-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

22-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

23-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

24-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

25-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

26-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

27-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

28-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

29-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

30-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

31-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

32-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

33-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

34-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

35-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

36-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

37-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

38-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

39-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

40-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

41-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

42-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

43-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

44-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

45-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

46-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

47-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

48-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

49-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

50-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

51-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

52-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

53-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

54-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

55-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

56-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

57-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

58-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

59-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

60-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

61-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

62-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

63-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

64-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

65-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

66-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

67-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

68-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

69-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

70-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

71-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

72-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

73-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

74-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

75-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

76-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

77-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

78-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

79-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

80-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

81-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

82-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

83-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

84-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

85-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

86-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

87-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

88-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

89-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

90-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

91-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

92-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

93-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

94-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

95-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

96-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

97-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

98-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

99-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

100-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

101-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

102-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

103-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

104-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

105-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

106-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

107-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

108-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

109-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

110-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

111-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

112-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

113-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

114-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

115-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

116-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

117-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

118-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

119-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

120-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

121-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

122-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

123-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

124-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

125-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

126-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

127-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

128-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

129-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

130-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

131-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

132-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

133-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

134-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

135-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

136-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0

137-0 0 1 8 4 0 0