

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



328334
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 6/12/10 4-Data de Autorização 12/7/10 6/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7654685 7-Data Validade da Senha 12/1/10 9/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121025120102101031010218131011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ADRIANA DUARTE CAMINSKI

05/11/1977

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ADRIANA DUARTE CAMINSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018184181911819156111

22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO

26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO 15265

23-Número no CRO 15265

19-UF SC

24-UF SC

25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226

27-Número no CRO 15265

28-UF SC

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guosa	42-Assinatura
1-10	0185100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VIPM	1	122,00	0,00	513010611201				
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/10/2011 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 1122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11

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 30/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2011 53-Data, local e Caminho da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



330929
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/2016/12/01

4-Data de Autorização
13/01/2016/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
7667642

7-Data Validade da Senha
21/5/2019/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101201215201199701010120180121

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RIQUELME DA COSTA RIBEIRO

16/08/2008

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
MARIA LUCIA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN
THAYANE SILVA CARVALHO

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S

21-Código na Opemora / CNPJ / CPF
101814891189561111

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

23-Número no CRO
15265

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

27-Número no CRO
15265

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

34-Face

35-QD

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchise/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Método de Guia

42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchise / Co-participação 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\$

101-Valor Total R\$

102-Valor Total R\$

103-Valor Total R\$

104-Valor Total R\$

105-Valor Total R\$

106-Valor Total R\$

107-Valor Total R\$

108-Valor Total R\$

109-Valor Total R\$

110-Valor Total R\$

111-Valor Total R\$

112-Valor Total R\$

113-Valor Total R\$

114-Valor Total R\$

115-Valor Total R\$

116-Valor Total R\$

117-Valor Total R\$

118-Valor Total R\$

119-Valor Total R\$

120-Valor Total R\$

121-Valor Total R\$

122-Valor Total R\$

123-Valor Total R\$

124-Valor Total R\$

125-Valor Total R\$

126-Valor Total R\$

127-Valor Total R\$

128-Valor Total R\$

129-Valor Total R\$

130-Valor Total R\$

131-Valor Total R\$

132-Valor Total R\$

133-Valor Total R\$

134-Valor Total R\$

135-Valor Total R\$

136-Valor Total R\$

137-Valor Total R\$

138-Valor Total R\$

139-Valor Total R\$

140-Valor Total R\$

141-Valor Total R\$

142-Valor Total R\$

143-Valor Total R\$

144-Valor Total R\$

145-Valor Total R\$

146-Valor Total R\$

147-Valor Total R\$

148-Valor Total R\$

149-Valor Total R\$

150-Valor Total R\$

151-Valor Total R\$

152-Valor Total R\$

153-Valor Total R\$

154-Valor Total R\$

155-Valor Total R\$

156-Valor Total R\$

157-Valor Total R\$

158-Valor Total R\$

159-Valor Total R\$

160-Valor Total R\$

161-Valor Total R\$

162-Valor Total R\$

163-Valor Total R\$

164-Valor Total R\$

165-Valor Total R\$

166-Valor Total R\$

167-Valor Total R\$

168-Valor Total R\$

169-Valor Total R\$

170-Valor Total R\$

171-Valor Total R\$

172-Valor Total R\$

173-Valor Total R\$

174-Valor Total R\$

175-Valor Total R\$

176-Valor Total R\$

177-Valor Total R\$

178-Valor Total R\$

179-Valor Total R\$

180-Valor Total R\$

181-Valor Total R\$

182-Valor Total R\$

183-Valor Total R\$

184-Valor Total R\$

185-Valor Total R\$

186-Valor Total R\$

187-Valor Total R\$

188-Valor Total R\$

189-Valor Total R\$

190-Valor Total R\$

191-Valor Total R\$

192-Valor Total R\$

193-Valor Total R\$

194-Valor Total R\$

195-Valor Total R\$

196-Valor Total R\$

197-Valor Total R\$

198-Valor Total R\$

199-Valor Total R\$

200-Valor Total R\$

201-Valor Total R\$

202-Valor Total R\$

203-Valor Total R\$

204-Valor Total R\$

205-Valor Total R\$

206-Valor Total R\$

207-Valor Total R\$

208-Valor Total R\$

209-Valor Total R\$

210-Valor Total R\$

211-Valor Total R\$

212-Valor Total R\$

213-Valor Total R\$

214-Valor Total R\$

215-Valor Total R\$

216-Valor Total R\$

217-Valor Total R\$

218-Valor Total R\$

219-Valor Total R\$

220-Valor Total R\$

221-Valor Total R\$

222-Valor Total R\$

223-Valor Total R\$

224-Valor Total R\$

225-Valor Total R\$

226-Valor Total R\$

227-Valor Total R\$

228-Valor Total R\$

229-Valor Total R\$

230-Valor Total R\$

231-Valor Total R\$

232-Valor Total R\$

233-Valor Total R\$

234-Valor Total R\$

235-Valor Total R\$

236-Valor Total R\$

237-Valor Total R\$

238-Valor Total R\$

239-Valor Total R\$

240-Valor Total R\$

241-Valor Total R\$

242-Valor Total R\$

243-Valor Total R\$

244-Valor Total R\$

245-Valor Total R\$

246-Valor Total R\$

247-Valor Total R\$

248-Valor Total R\$

249-Valor Total R\$

250-Valor Total R\$

251-Valor Total R\$

252-Valor Total R\$

253-Valor Total R\$

254-Valor Total R\$

255-Valor Total R\$

256-Valor Total R\$

257-Valor Total R\$

258-Valor Total R\$

259-Valor Total R\$

260-Valor Total R\$

261-Valor Total R\$

262-Valor Total R\$

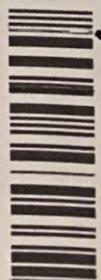
263-Valor Total R\$

264-Valor Total R\$

265-Valor Total R\$

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



319615
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/12/10 16/12/10	4-Data de Autorização 10/19/10 16/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608731	7-Dia Validade da Seria 13/1/10 18/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010210215210119970100058303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14	11-Dia Validade de Carreira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELL MAX MENDES DA SILVA					
Dados do Contratado - Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO	18-Número no CRO 15265	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1088489189156	22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO	23-Número no CRO 15265	24-UF SC	25-Código CUES	
26-Nome de Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Tabela 31-Código de Procedimento 10085100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 45	34-Face 0	35-Classe 1	36-Quantidade US 6100
37-Ma or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glorificação	42-Assinatura Michelle
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/10					
44-Tipo de Atendimento 1					
45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 6100					
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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
09/10/10 Thayne Carvalho

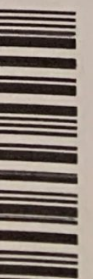
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/10/10 Thayne Carvalho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/10/10 Michelle M.

53-Data, local e Contato da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316656
INTERCÂMBIO

1º-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 25/10/2012		4-Dia de Autorização 26/10/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7589856		7-Dia Validade da Santa 23/10/2012	
8-Número da Carteira 0002102520504100085011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNICONSULT ADMINISTRADORA		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ISABELLA CRISTINA LUNELLI		20/08/1982		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ISABELLA CRISTINA LUNELLI					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO		18-Número no CRO 15265		19-UF SC		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848918956		22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO		23-Número no CRO 15265		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO		27-Número no CRO 15265		28-UF SC		29-Código CBO 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-Via or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa / Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5,10,0	0,10,0	5,126/105/120	5	126/105/120	Isabella
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5,10,0	0,10,0	5,126/105/120	5	126/105/120	Isabella
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5,10,0	0,10,0	5,126/105/120	5	126/105/120	Isabella
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5,10,0	0,10,0	5,126/105/120	5	126/105/120	Isabella
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento
126/105/120	1	1	1	14,0,10,0	1	1	1	1	1	1	1

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
126/105/120 Thayne Canella

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
126/105/120 Thayne Canella

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

53-Dia, local e Caixão da Empresa
126/105/120 Isabella Lunelli

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
126/105/120 Thayne Canella

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

57-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

59-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

60-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

61-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

63-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

64-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

65-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

66-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

67-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

68-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

69-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

70-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

71-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

72-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

73-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

74-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

75-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

76-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

77-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

78-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

79-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

80-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

81-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

82-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

83-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

84-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

85-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

86-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

87-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

88-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

89-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

90-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

91-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

92-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

93-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

94-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

95-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

96-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

97-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

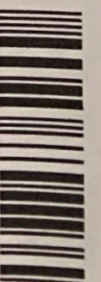
98-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

99-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

100-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
126/105/120 Isabella Lunelli

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012 4-Data de Autenticação 16/05/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7633499 7-Data Validade da Guia 13/09/2012

324334
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025202003000283011 9-Pessoa POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 18 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA DUARTE CAMINSKI 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ADRIANA DUARTE CAMINSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00884891189561 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		14/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$							
14/06/2012	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	34,00	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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

14/06/2012 Thayne Camalho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

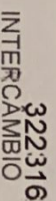
14/06/2012 Thayne Camalho

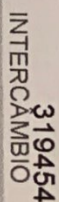
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

14/06/2012

53-Data, local e Caimbo da Empresa

2.110

49-Observa: 20

2-N⁺

Dados do Beneficiário

13-Nome

Devo ao Colégio a responsabilidade pelo tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional Executante

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

1-10108110101010

--

[illegible]5-[illegible]

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

6[illegible][illegible]13 | | | | | | |[illegible]

--	--

三、

Declaro, que a los tal año de...

49-Observação

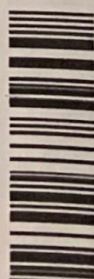
1

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-D

三

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324326
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/05/2016 12:01		4-Data de Autorização 11/06/2016 12:01		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7633472		7-Data Validade da Sentença 11/03/2019 12:01	
8-Número da Carteira 00020215201999700016303		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JHULLY SANTA ROSA CARDOSO		23/06/2011		14-Telefone () 9 8 3 8 4 3 9 4		15-Nome do titular do plano GILSON GARCA CARDOSO					
16-Atendimento a RVN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO		18-Número no CRO 15265		19-UF SC		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 008840000090		22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO		23-Número no CRO 15265		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO		27-Número no CRO 15265		28-UF SC		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Descrição Regio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Va or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		11/06/2016		Thayane
2-00	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	12,00		0,00		11/06/2016		Thayane
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Frância	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

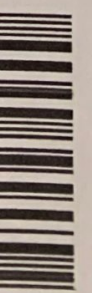
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2016 Thayane Carvalho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2016 Thayane Carvalho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2016 Gilson Garcia	53-Data, local e Contato da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



319453
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dato de Emissão da Guia 10/2/10 06/12/01		4-Dato de Autorização 10/4/10 06/12/01		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7607544		7-Dato Validade da Serinha 13/1/10 08/12/01	
8-Número da Carteira 10/02/02 21521064870006411051		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E		11-Dato Vaidade da Carteira 11/1/11 11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome SUZANA APARECIDA GREZEL SANTOS											
14-Dato do Contrato Responsável pelo Tratamento 29/10/1966											
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO		18-Número no CRO 15265		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108181418911891561		22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO		23-Número no CRO 15265		24-UF SC		25-Código CNEB			
26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO		27-Número no CRO 15265		28-UF SC		29-Código CBO S					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Via or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dato de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-000	181000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		10/06/2010		
2-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00		10/06/2010		
3-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00		10/06/2010		
4-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00		10/06/2010		
5-000	184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00		10/06/2010		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Dato Previsto Término do Tratamento 09/10/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-UTI/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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

50-Dato, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2010 Thayne Carvallo

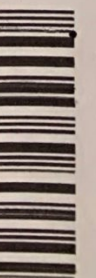
51-Dato, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2010 Thayne Carvallo

52-Dato, local e Assinatura do Beneficiário 09/10/2010 Suzy

53-Dato, local e Caimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro A NS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2015 4-Data de Autorização 10/09/2016 5-Senha AUTOFIZADO 6-Número da Guia Principal 7620196 7-Data Validade da Senha 10/06/2019 8-Data Validade da Guia Principal 10/06/2019

INTERCAMBIO 321722

8-Número da Carteira 1002025201997000124011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATO SILVA DE ALMEIDA 23/06/1968 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano RENATO SILVA DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10088489189561 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Via or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	C	811000065			1	134,00		0,00		08/06/2015		
2-0	C	84000198			1	135,00		0,00		08/06/2015		
3-0	C	84000198			1	135,00		0,00		08/06/2015		
4-0	C	84000198			1	135,00		0,00		08/06/2015		
5-0	C	84000198			1	135,00		0,00		08/06/2015		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prescrição Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Faturamento
08/06/2015	1	1	1	174,00	1	1	1	1	1	1	1	1

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 (c/c) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme p. visto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/2015 Thayne Carvalho 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2015 Thayne Carvalho 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2015 - / / 53-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



316014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/05/12/01	4-Data de Autorização 12/8/05/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7585421	7-Data Validade da Sentença 12/10/08/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/012/02/5/2/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAIR ANTONIO CAMINSKI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO	18-Número no CRO 15265	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/8/8/4/8/9/1/8/9/5/6/1/1
25-Nome de Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO		22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO	23-Número no CRO 15265	24-UF SC	26-Código CNES Enviar - RX (I) 851002:8 (I) 85100200
27-Número no CRO 15265					
28-UF SC					
29-Código CBO S					
30-Planilha de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	34	VMD	1
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	43	VD	1
3-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
4-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
5-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
6-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
7-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
8-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
9-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
10-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
11-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
12-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
13-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
14-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
15-1	1	1 2 2 1 0 0	1	1	2
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Va or					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-A-UF					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Valor Total R\$					
43-Valor Total R\$					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Fractura					
46-Todo Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Todo Fractura / Co-participação R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

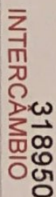
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Contato da Empresa

02/10/05/20 Thayne Carvalho

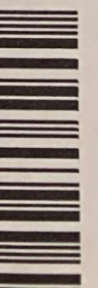
02/10/05/20 Thayne Carvalho

02/10/05/20

2-N⁺49-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



328331
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 6/12/10 4-Data de Autorização 10/1/10 7/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7654284 7-Data Validade da Senha 12/1/10 9/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210215121011919171010116131013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14 11-Data Validade da Carteira 12/1/10 1/1/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome JHULLY SANTA ROSA CARDOSO 29/06/2011 14-Teléfono 918131814131914 15-Nome do titular do plano GILSON GARCIA CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante THAYANE SILVA CARVALHO 18-Número no CRO 15265 19-UF SC 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01818141819118191516 22-Nome do Contratado Executante THAYANE SILVA CARVALHO 23-Número no CRO 15265 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante THAYANE SILVA CARVALHO 27-Número no CRO 15265 28-UF SC 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Clx	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-10	0181510011916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00			10/07/2010		Josilene
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

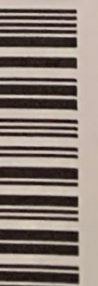
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/07/2010 Thayane Carvalho 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/07/2010 Thayane Carvalho 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/07/2010 Josilene Cardoso 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/2012

4-Data de Autorização
12/7/10 6/2/2010

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7636416

7-Data Validade da Série
14/10/2012

324909
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10102102151210119191710101161310121

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 14

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSILENE MELO SANTA ROSA CARDOSO

25/09/1980

14-Telefone
(11) 9181381431914

15-Nome do titular do plano
GILSON GARCIA CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN
THAYANE SILVA CARVALHO

22-Nome do Contratado Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

18-Número no CRO
15265

23-Número no CRO
15265

19-UF
SC

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0188418911819156

27-Número no CRO
15265

24-UF
SC

25-Código CNES
28-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
THAYANE SILVA CARVALHO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-10	018101000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00		S	12/11/2012		Josilene
2-10	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00		S	12/11/2012		Josilene
3-10	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00		S	12/11/2012		Josilene
4-10	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00		S	12/11/2012		Josilene
5-10	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00		S	12/11/2012		Josilene
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dados Previstos	44-Tipo de Alinhamento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Total Franquia / Co-participação R\$						
12/11/2012	1	1	1	178,00	178,00	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 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/2012 Thayne Carvalho

12/11/2012 Thayne Carvalho

12/11/2012 Josilene Cardoso

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

CRO: 15265/SC

Cirurgião Dentista: (16872) - THAYANE SILVA CARVALHO

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
316014 - I	JAIR ANTONIO CAMINSKI (00202520199700038701)		22/05/2020	210	0.55	R\$ 115,50
316656 - I	ISABELLA CRISTINA LUNELLI (00202520504100008501)		25/05/2020	140	0.5	R\$ 70,00
318950 - I	DINA DOS SANTOS BARBOSA (00202520199700059402)		01/06/2020	122	0.55	R\$ 67,10
319453 - I	SUZANA APARECIDA GREZEL SANTOS (00202520648700064105)		02/06/2020	174	0.5	R\$ 87,00
319454 - I	TAYS CRISTINA SANTOS DE CAMARGO (00202520648700064101)		02/06/2020	34	0.5	R\$ 17,00
319615 - I	MICHELL MAX MENDES DA SILVA (00202520199700058303)		02/06/2020	61	0.55	R\$ 33,55
321722 - I	RENATO SILVA DE ALMEIDA (00202520199700012401)		08/06/2020	174	0.5	R\$ 87,00
322316 - I	JAIR ANTONIO CAMINSKI (00202520199700038701)		09/06/2020	88	0.55	R\$ 48,40
324326 - I	JHULLY SANTA ROSA CARDOSO (00202520199700016303)		15/06/2020	106	0.5	R\$ 53,00
324334 - I	ADRIANA DUARTE CAMINSKI (00202520200300028301)		15/06/2020	34	0.5	R\$ 17,00
324909 - I	JOSILENE MELO SANTA ROSA CARDOSO (00202520199700016302)		16/06/2020	178	0.5	R\$ 89,00
328331 - I	JHULLY SANTA ROSA CARDOSO (00202520199700016303)		23/06/2020	61	0.55	R\$ 33,55
328334 - I	ADRIANA DUARTE CAMINSKI (00202520200300028301)		23/06/2020	122	0.55	R\$ 67,10
330928 - I	MARIA LUCIA DA COSTA (00202520199700020801)		27/06/2020	178	0.5	R\$ 89,00
330929 - I	RIQUELME DA COSTA RIBEIRO (00202520199700020802)		27/06/2020	106	0.5	R\$ 53,00

Totalizador por Operadora	
N° de USOs:	1788
N° de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 927,20
Totalizador	
N° de USOs:	1788
N° de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 927,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/07/2020 19:28

Página 1 de 1