



426937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/11/12/10	4-Data de Autorização 10/1/11/12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8086395	7-Data Validade da Senha 12/2/10/12/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202530735100000011011	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 ROSANE FERNANDES PEREIRA	14-Teléfono (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ROSANE FERNANDES PEREIRA
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1430675577700111	22-Nome do Contratado Exatante HAROLDO PEREIRA COELHO	23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO	27-Número no CRO 22192	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vvalor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	12,00	0,00		S	01/12/20		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	12,00	0,00		S	01/12/20		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	12,00	0,00		S	01/12/20		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	12,00	0,00		S	01/12/20		
5-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	17,00	0,00		S	01/12/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/12/21	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 95,00	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, compreendendo-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), 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

50-Data, local e Assinatura do Paciente-Beneficiário Solicitante 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável Nereu Lourenço de Faria	53-Data, local e Assinatura da Empresa HAROLDO PEREIRA COELHO - Dent
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



434669

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210914	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994066017367	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome
VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13/08/1975

14-Telefone
()

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Nome do titular do plano
VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700103883423290

16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante
HAROLDO PEREIRA COELHO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
43067557700
22-Nome do Contratado Executante
HAROLDO PEREIRA COELHO

26-Nome do Profissional Executante
HAROLDO PEREIRA COELHO

18-Número no CRO
22192

19-UF
RJ

20-Código CBO S

24-UF
RJ

25-Código CNES
Enviar - RX
(1) 81000421-
(1) 81000421-

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00		S	04/12/20		
2.	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
3.	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
4.	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
5.	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
6.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
7.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
8.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
9.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
10.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
11.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	90,00	0,00		S	04/12/20		
12.	00	81000421	RX PERIAPICAL		1	28,00	0,00		S	04/12/20		
13.	00	81000421	RX PERIAPICAL		1	28,00	0,00		S	04/12/20		
14.												
15.												

43-Data de Emissão do Tratamento
04/12/20

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Quantidade US
1691,00

47-Valor Total 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) 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.

48-Observação

Haroldo Pereira Coelho

1001.01488542-3-MD

50-Data Ideal e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante

51-Data Ideal e Assinatura do Grupo Dentista

52-Data Ideal e Assinatura do Paciente / Responsável

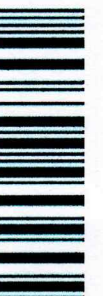
53-Data Ideal e Assinatura do Profissional

02/01/21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 21/2/01	4-Data de Autorização 10/04/11 21/2/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210957	7-Data Validade da Série 10/04/11 03/12/11
------------------------	---	---	-----------------------	--	---

434790

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003799994066017375	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa VALCIRLEI DA COSTA

11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009071255209
-------------------------------------	--

13-Nome
GABRIEL DA COSTA MESSIAS

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43067557700	22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO
--	--

23-Nome do Profissional Executante
HAROLDO PEREIRA COELHO

18-Número no CRO 22192	19-UF RJ	20-Código CBO S
23-Número no CRO 22192	24-UF RJ	25-Código CNES
27-Número no CRO 22192	28-UF RJ	28-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade	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 Glor	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00		S	04/12/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00		S	04/12/20		
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
9	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
10	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
11	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
12	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
13	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	50,00	0,00		S	10/12/20		
14	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	51,00	0,00		S	04/12/20		
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 546,00
---	----------------------------------

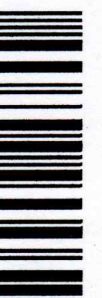
47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

HAROLDO PEREIRA COELHO - Dent
CRO-RJ 881882-2



434729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/4/12 12/2/01 4-Data de Autorização 10/4/12 12/2/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50210929 7-Data Validade da Série 10/4/10 3/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700602480609366

8-Número da Carteira 10/03/70 00/00/18 06/63 519 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/1/11/11 12-Data Validade da Carteira 700602480609366

13-Nome JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA 14-Telefone 28/03/1962 15-Nome do titular do plano JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO 18-Número no CRO 22192 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1430675577700 22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO 23-Número no CRO 22192 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 22192 28-UF RJ 28-Código CBO S

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 de Recusa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	12	00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	12	00	0,00	0,00	0,00	08/12/12		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Vistoria / Término 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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
08/12/12	1		1		24,00	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.

49-Observação

HAROLDO PEREIRA COELHO Dent

101.01488842-3 MD

50-Assinatura do Assistente de Clínica-Dentista Solicitante

51-Assinatura do Assistente de Clínica-Dentista

52-Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Assinatura e Carimbo da Empresa

02/10/12



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/11/2010 4-Data de Autorização 04/11/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50210917 7-Data Validade da Sentença 04/10/2011

434696
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000018066359

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700602480609366

13-Nome

JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA

28/03/1962

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JOAO LUIZ DE NOBREGA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RN HAROLDO PEREIRA COELHO

18-Número no CRO 22192

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

43067557700

22-Nome de Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO

23-Número no CRO 22192

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

HAROLDO PEREIRA COELHO

27-Número no CRO 22192

28-UF RJ

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Ponto de Referência	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Emissão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
28/11/10	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	630,00	0,00								

49-Observação

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) 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.

50-Data local e Assinatura do Contratado Responsável 51-Data local e Assinatura do Beneficiário 52-Data local e Assinatura do Prestador de Serviço 53-Data local e Assinatura da Empresa

HAROLDO PEREIRA COELHO - Dent

07/01/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012 4-Data de Autorização 04/11/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50210943 7-Data Validade da Santa 04/10/2012

434779

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994066017383 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa VALCIRLEI DA COSTA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700607420702267

13-Nome ADRIANA ALVES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO

12/08/1971

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

18-Número no CRO 22192

19-UF RJ

20-Código CBO S

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 430675577000 22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO

23-Número no CRO 22192

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO

27-Número no CRO 22192

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Crd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangua/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00					
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		12,00	0,00					
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		12,00	0,00					
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		12,00	0,00					
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		12,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Emissão do Tratamento 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 95,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Frangua / 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. Decliro, 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-Assinatura Local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante

51-Assinatura Local e Assinatura do Profissional Dentista

52-Assinatura Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

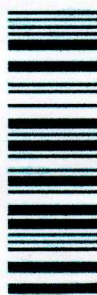
53-Assinatura Local e Assinatura da Empresa

Haroldo Pereira Coelho

107-01408542-3 MB

CRO-RJ 22.102-2

02/01/21



1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210958	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira	0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 6 0 1 7 3 7 5
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	VALCIRLEI DA COSTA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	700009071255209

GABRIEL DA COSTA MESSIAS	04/09/2012	() -	VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS
--------------------------	------------	-------	----------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO	18-Número no CRO 22192	18-UF RJ	20-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	---

21-Código na Operadora CNPJ / CPF	4 3 0 6 7 5 5 7 7 0 0
22-Nome do Contratado Estante	HAROLDO PEREIRA COELHO
23-Número no CRO	22192
24-UF	RJ
25-Código CNES	
Enviar - RX (1) 85100200	

HAROLDO PEREIRA COELHO Zé-Nôitre ou P'fissional Escravante	22.192	RJ	03/03/2020
--	-------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franquicia-co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Movto da Glosa	42-Assinatura			

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

43-Data Revisão / 44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Cc-participação R\$
8/19/19		24600	000	

[illegible]

49-Observação	referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

MARCELO FERREIRA **SUBCOMISSÃO DE** **DESENVOLVIMENTO**

CL/I/C/V CL/I/C/N/V CL/I/C/M, CL/I/C/P

leaf *dead* *flower phase*

CRO-RJ 22.102-2
2010/71

Haroldo Pereira Coelho - Dent

101. 01488542-3 MIL
CRO-RJ 22.102-2

02/01/21