

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/09/2010 4-Data de Autorização 24/09/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7876356 7-Data Validade da Semeta 15/12/2010

376505
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253179090000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

FERNANDA SILVA DE FREITAS 29/07/1972 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 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 Class	42-Assinatura
1-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22	1	1	73,00	0,00		S	24/09/2010		
2-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	1	173,00	0,00		S	24/09/2010		
3-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	122,00	0,00		S	24/09/2010		
4-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	188,00	0,00		S	24/09/2010		
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 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 356,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

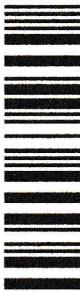
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

Imagens analisadas.

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 Carimbo da Empresa

Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22994
Faturando Empresa



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/09/2012 4-Data de Autorização 12/08/2012 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7882216 7-Data Validada da Serinha 16/12/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253131710000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAMELA CRYSTINE FERRAZ SOARES 07/04/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAMELA CRYSTINE FERRAZ SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONPJ / CPE 100493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 02501294-18 Enviar - RX (1) 82001294-18 (1) 82001294-28

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 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 Classe	42-Assinatura
1-0	0	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18	1	1	18,6	10,0	0,0	0	18/02/2012	S	Franciele
2-0	0	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28	1	1	18,6	10,0	0,0	0	18/02/2012	S	Franciele
3-0	0	EXODONTIA A RETALHO	25	1	1	17,3	10,0	0,0	0	18/02/2012	S	Franciele
4-0	0	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	17,3	10,0	0,0	0	18/02/2012	S	Franciele
5-0	0	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	17,3	10,0	0,0	0	18/02/2012	S	Franciele
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto 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-Valor Total US 59,10 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 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 Carimbo da Empresa

Dr. Franciele Batti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994

PAMELA CRYSTINE FERRAZ SOARES



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 9/12/10 4-Data de Autorização 12/8/10 9/12/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7909303 7-Data Validade da Seria 12/4/11 12/12/10 383950 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Munero da Carteira 10/02/02 5/3/17 9/09/00 00/01/01 9-Bairro POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Nunero do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

FERNANDA SILVA DE FREITAS 29/07/1972 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/93 45/605/8 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82000875	27	1	1	73,00	10,00		S	25/10/10		
2-	00	82000875	14	1	1	73,00	10,00		S	25/10/10		
3-	00	82000875	25	1	1	73,00	10,00		S	25/10/10		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 1219,00 47-Valor Total RS 10,00 48-Total Franquia / Co-participação RS

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 Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
 Cirurgião - Dentista
 CRO 22.994

Fernanda Silva de Freitas

373010
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
000202531718500000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	___/___/___	

13-Nome	JOEL RODRIGUES LOPES
14-Telefone	18/06/1956 () -
15-Nome do titular do plano	KARYN SADER LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)	000493456058
22-Nome do Contratado Escritante	FRANCIELE BATTISTI
23-Número do SRO	22994
24-UF	RS
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200 (1) 8510

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	29-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100200
---	----------------------------------	--------------------	---

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franqueado/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glória 42- Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	--------------------	---------	--------	------------------	----------	-----------------------------------	--------	-----------------------	--------------------------------------

[illegible]

	RESTAURAÇÃO RESINA		8		2		1		8		1		0		0		2		1		0		0		8		5		1		0		0		1		0		0		-10
	VLD		1		1		2		2		0		0		0		1		2		1		1		1		33														
	S _{max}		0		1		1		0		1		0		2		0		0		1		1		1		q														

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

№	Имя	Подпись	Дата
1	Иванов		
2	Петров		
3	Сидоров		
4	Климов		
5	Васильев		
6	Попов		
7	Морозов		
8	Кузнецов		
9	Лебедев		
10	Зинин		
11	Куликов		
12	Степанов		
13	Савин		
14	Смирнов		
15	Мухоморов		
16	Павлов		
17	Воробьев		
18	Александров		
19	Соловьев		
20	Семин		
21	Свиридов		
22	Скворцов		
23	Соболев		
24	Сухов		
25	Тихонов		
26	Тютчев		
27	Федотов		
28	Филиппов		
29	Фролов		
30	Харин		
31	Хохлов		
32	Цыганов		
33	Чайков		
34	Чирков		
35	Шабалин		
36	Шаров		
37	Шенников		
38	Шестаков		
39	Ширин		
40	Шутов		
41	Щеглов		
42	Щербин		
43	Щукин		
44	Юдин		
45	Яковлев		
46	Яковлев		
47	Яковлев		
48	Яковлев		
49	Яковлев		
50	Яковлев		

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

[illegible]

A vertical timeline of the 20th century, starting at 1900 and ending at 2000. The timeline is marked with years and includes major historical events such as the Russian Revolution, World War I, the Great Depression, World War II, the Cold War, and the end of the century.

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

43-Data Prevista Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	5.420,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Coparticipação R\$	0,00

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

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 ataca com os custos previstos no plano de tratamento. Declaro ainda que o(s) procedimento(s), descrito(s), acima e/ou não aqui assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar, em meu nome e no rubrica com o profissional contratado que assina esse documento, os custos previstos no plano de tratamento.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

11/16/94
Dent
994

[illegible]

32-Data, local e Assinatura do Dirigente-Responsável	33-Data, local e Assinatura do Dirigente-Responsável	34-Data, local e Assinatura do Dirigente-Responsável	35-Data, local e Assinatura do Dirigente-Responsável
13/01/2018	13/01/2018	13/01/2018	13/01/2018

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 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2019	4-Data de Autorização 13/07/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876438	7-Data Validade da Sentença 11/05/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

376531
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253171850000104	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
JOEL RODRIGUES LOPES

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
KARYN SADER LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Advertimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI
---------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI
---	--

18-Número no CRO 22994	19-UF RS
---------------------------	-------------

20-Código CBO S	25-Código CNES
-----------------	----------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 82001286-13

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

22-Número no CRO 22994	23-UF RS
---------------------------	-------------

24-UF RS	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 Guia	42-Assinatura
1-00	082001286	REMOÇÃO DE DENTES	13	1	1	13,61	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
2-00	082001085	EXODONTIA DE RAIZ	12	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
3-00	082001085	EXODONTIA DE RAIZ	11	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
4-00	082001087	EXODONTIA SIMPLES DE	21	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
5-00	082001087	EXODONTIA SIMPLES DE	22	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
6-00	082001085	EXODONTIA DE RAIZ	23	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
7-00	082001087	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
8-00	082001085	EXODONTIA DE RAIZ	35	1	1	7,30	1,00	0,00	1	30/09/2019	1	
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 187,21
---	----------------------------------

47-Valor Total R\$ 187,21	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Imagem radiográfica analisada.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2019

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

53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã - Dentista
CRO 22.994

[Assinatura]



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/019/12/01 4-Data de Autorização 10/9/10/19/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7840592 7-Data Validade da Senha 13/01/11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202531252400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IRALDES SILVA DE JESUS 22/04/1977 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IRALDES SILVA DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100218										
		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OLD	1	122,00				10/09/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 1122,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

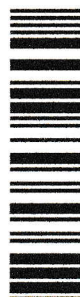
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 09/10/09/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Franciele Battisti
 Cirurgião-Dentista
 CRO 22.994

Stulley Carlos



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/09/2019 4-Data de Autorização 10/09/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7855576 7-Data Validade da Senha 08/12/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202505243500018104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANAUSTRA ASSOC NACIONAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

PATRICK MARCONDES LEAO DE SOUZA 22/05/1997 14-Telefone 15-Nome do titular do plano HAMILTON CARLOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

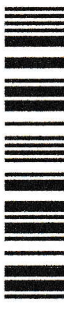
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			09/09/2019		Franciele Battisti
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			09/09/2019		Franciele Battisti
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			09/09/2019		Franciele Battisti
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			09/09/2019		Franciele Battisti
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			09/09/2019		Franciele Battisti
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
09/09/2019	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Patrick Battisti

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 Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 12:01	4-Data de Autorização 11/01/09 12:01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7839501	7-Data Validade da Seria 13/01/11 12:01
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010120253171850100010151	9-Piano 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 LUIZ HENRIQUE CARDOSO CUNHA RINEBRE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KARYN SADER LOPES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	
18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01014931456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	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 Causa	42-Assinatura
1-00	01810001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	10/09/20		[Assinatura]
2-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00	S	10/09/20		[Assinatura]
3-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00	S	10/09/20		[Assinatura]
4-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00	S	10/09/20		[Assinatura]
5-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00	S	10/09/20		[Assinatura]
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												
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												
178,00												
47-Valor Total R\$												
0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

43-Data Previsto 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 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	
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 Carimbo da Empresa

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã Dentista

CRO 22.994

Luiz Henrique Cardoso Cunha Rinebre



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2019	4-Data de Autorização 11/01/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7839523	7-Data Validade da Semeta 13/01/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

367925
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253171850000104	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 JOEL RODRIGUES LOPES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano KARYN SADER LOPES
---------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	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 Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 1 0						
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
6- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
7- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
8- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
9- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
10- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
11- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
12- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
13- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
14- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
15- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3 6 1 0 1 0						
43- Data Previsto 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\$							
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	1 1 7 8 1 0 1 0	0 1 0 1 0								

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.

4- Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2019/13101	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2019/13101	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2019/13101
---	---	---

Dra. Franciele Battisti
Cirurgiã Dentista

CRO 22.994



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012 4-Data de Autorização 11/09/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7857737 7-Data Validade da Senha 10/08/11/2012

372454
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253179090000101 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

FERNANDA SILVA DE FREITAS 29/07/1972 14-Telefone 15-Nome do Titular do Plano FERNANDA SILVA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00493456058 22-Nome do Contratado Exequante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exequante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Piano 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	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				15/09/2011		Franciele Battisti
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				15/09/2011		Franciele Battisti
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				15/09/2011		Franciele Battisti
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				15/09/2011		Franciele Battisti
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				15/09/2011		Franciele Battisti
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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 178,00 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 12/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário /Responsável 12/10/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Franciele Battisti
CRO 111111

Franciele Battisti



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	4-Data de Autorização 11/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878383	7-Data Validade da Senha 11/05/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

376907
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253131711000001011	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
PAMELA CRYSTINE FERRAZ SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN FRANCIELE BATTISTI	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	18-Número no CRO 22994	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010493456058	22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	23-Número no CRO 22994	24-UF RS	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI	27-Número no CRO 22994	28-UF RS	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

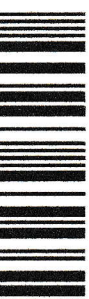
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00		5	17/09/2010		Pamela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 34,00	47-Valor Totál R\$ 0,00	48-Totál 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Pamela Ferraz	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/10/2019 4-Data de Autorização 09/10/2019 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7821643 7-Data Validade da Guia 24/11/2019

8-Número da Carteira 002025307861000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDRESSA LIMA DAS NEVES 16/04/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANDRESSA LIMA DAS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	82001212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	37	1	1	81,00	0,00	109,00	109,00	10/10/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 181,00 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

10/10/2019

10/10/2019

Franciele Battisti

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa