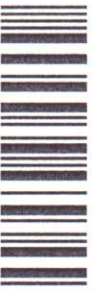


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



388712
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012 4-Data de Autorização 07/11/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7929102 7-Data Validade da Santa 13/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202529198700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANA CLAUDIA DA ROSA 21/01/1990 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CAROLINA LEVATTI CHAGAS 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 18-Número no CRO 1794 19-UF RO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 23-Número no CRO 1794 24-UF RO 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 27-Número no CRO 1794 28-UF RO 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 Guia	42- Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	07/10/20	Carne	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	1	07/10/20	Carne	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	1	07/10/20	Carne	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	07/10/20	Carne	
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-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	144	10,00								

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. Declino, 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 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. Carolina Levatti
Mestre Especialista em Estética
Dentista Endodonta
CRO-RO/1794



1- Registro ANS 406414 2- Data de Emissão da Guia 12/11/09 3- Data de Autorização 12/11/09 4- Sessão AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 7888740 6- Data Validade da Sessão 12/01/12 7- Data Validade da Guia 12/01/12

379783
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 000202531928700000101 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 CLAUDIO CORREIA DE CASTRO 14- Telefone 03/06/1964 15- Nome do titular do plano CLAUDIO CORREIA DE CASTRO

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 18- Número no CRO 1794 19- UF RO 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1296816101830 22- Nome do Contratado Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 23- Número no CRO 1794 24- UF RO 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 27- Número no CRO 1794 28- UF RO 29- 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 da Glosa	42- Assinatura
1-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	10,00		12/3/09	210		
2-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	10,00		12/3/09	210		
3-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	10,00		12/3/09	210		
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00		12/3/09	210		
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00		12/3/09	210		
6-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00		12/3/09	210		
7-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00		12/3/09	210		
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Fim 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 327,00 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 Clínica Odontológica 54- Data, local e Carimbo da Clínica Odontológica

Dra. Carolina Levatti
Mestre Especialista em Estética
Dental e Endodontia
CRO-RO 1794

2-N^o399707
INTERCÂMBIOJde122

1

1148-var

11

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: CLINICA CAROL ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

CNPJ: 11574849000195 (CLINICA CAROL ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 1794/RO

Cirurgião Dentista: (14561) - CAROLINA LEVATTI CHAGAS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
379783 - I	CLAUDIO CORREIA DE CASTRO (00202531928700000101)		21/09/2020	327	0.3	R\$ 98,10
388712 - I	ANA CLAUDIA DA ROSA (00202529198700000101)		02/10/2020	144	0.3	R\$ 43,20
391222 - I	SAFIRA DESMAREST TEIXEIRA (00202531731300000101)		06/10/2020	144	0.3	R\$ 43,20
392400 - I	ROSIANA BARBOZA MARTINS (00202532197500000101)		08/10/2020	144	0.3	R\$ 43,20
392405 - I	ROSIANA BARBOZA MARTINS (00202532197500000101)		08/10/2020	73	0.3	R\$ 21,90
399707 - I	EDUARDO JESUS MARTINS DA SILVA (00202532197500000102)		20/10/2020	140	0.3	R\$ 42,00
414043 - I	RODRIGO JAIRO DE FREITAS DO NASCIMENTO (00202531822800000101)		07/11/2020	866	0.3	R\$ 259,80

Totalizador						
				Nº de USOs:	1838	
				Nº de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 551,40	

Totalizador da Operadora						
				Nº de USOs:	1838	
				Nº de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 551,40	

Totalizador da Clínica						
				Nº de USOs:	1838	
				Nº de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 551,40	

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: 21/12/2020 11:07

Página 1 de 1



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



414043
INTERCÂMBIO

1. Registro AINS 406414	3. Data de Emissão da Guia 10/17/11 11/2/01	4. Data de Autorização 11/2/11 11/2/01	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8032210	7. Data Validade da Série 10/15/10 12/1/21
----------------------------	--	---	------------------------	--	---

8. Número da Carteira 010202021531822800000101	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---------------------------------------	--	--

13. Nome RODRIGO JAIRO DE FREITAS DO NASCIMENTO	14. Telefone () - - - - -	15. Nome do titular do plano RODRIGO JAIRO DE FREITAS DO NASCIMENTO
--	-------------------------------	--

16. Atendimento a RN CAROLINA LEVATTI CHAGAS	17. Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LEVATTI CHAGAS	18. Número no CRO 1794	19. UF RO	20. Código CRO S 025 -
---	---	---------------------------	--------------	---------------------------

21. Código na Ordem / CNU / CPF 129618161101830111	22. Nome do Contratado Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS	23. Número no CRO 1794	24. UF RO	25. Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-15 (IF) 85200158-36
---	--	---------------------------	--------------	--

26. Nome do Profissional Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS	27. Número no CRO 1794	28. UF RO	29. Código CRO 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 da Glosa	42. Assinatura
1	010	85200140114011	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	333,00	0,00	0,00	11/2	11/11/2011		Carolina Levatti
2	010	85200158115811	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	533,00	0,00	0,00	11/2	11/11/2011		Carolina Levatti
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
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 866,00	47. Valor Total R\$ 10,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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, 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 11/11/11	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53. Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dr. Carolina Levatti
CRO 1794



Odontolife®
Identificação para ANVISA 2007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/12/10	4-Data de Autorização 11/04/11 01/12/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944373	7-Data Validade da Semana 10/08/11 01/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

392400
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020253219750000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

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

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

Dados do Contratado

13-Nome ROSIANA BARBOZA MARTINS

15-Nome do titular do plano ROSIANA BARBOZA MARTINS
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LEVATTI CHAGAS
--------------------------	--

18-Número no CRO 1794	19-UF RO
--------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 -	21-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	------------------------------------

22-Número no CRO 1794	23-UF RO
--------------------------	-------------

24-Código CNES 25-Código CRO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29681610830
--

22-Nome do Contratado Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS

23-Número no CRO 1794	24-UF RO
--------------------------	-------------

25-Código CNES 26-Código CRO S

26-Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS

27-Número no CRO 1794	28-UF RO
--------------------------	-------------

29-Código CRO 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	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	11/12/11	11/12/11		Rosiana
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	11/12/11	11/12/11		Rosiana
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	11/12/11	11/12/11		Rosiana
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	11/12/11	11/12/11		Rosiana
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

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

45-1 Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial

46-Total Quantidade US 144,00

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, comprometo-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. Carolina Levatti
Neste Espaço Assinatura em Físico
Dentista e Endodôntica
CRO-RO 1794

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



392405
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7556618 7-Data Validade da Sentia 10/06/11 8-Data Validade da Sentia 10/06/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253219750000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ROSIANA BARBOZA MARTINS 26/09/1980 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROSIANA BARBOZA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 18-Número no CRO 1794 19-UF RO 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 23-Número no CRO 1794 24-UF RO 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CAROLINA LEVATTI CHAGAS 27-Número no CRO 1794 28-UF RO 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa

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	01082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	15/11/2011	Resisoma	
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

173,00

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 Endereço da Empresa

Dr. Carolina Levatti
Mestre Especialista em Estética
Dentária Exodontia
CRO-RO 1794

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



391222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/16/11 10/12/10	4-Data de Autenticação 10/19/11 10/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939433	7-Data Validade da Semá 10/14/11 01/12/11
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/10/12 02/15/11 17/13/11 3/10/10 0/10/11 0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/1999	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
SAFIRA DESMAREST TEIXEIRA

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
SAFIRA DESMAREST TEIXEIRA

16-Atendimento a RN
CAROLINA LEVATTI CHAGAS

17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
CAROLINA LEVATTI CHAGAS

18-Número no CRO
1794

19-UF
RO

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12/16/81 6/10/83/0

22-Nome do Contratado Executante
CAROLINA LEVATTI CHAGAS

23-Número no CRO
1794

24-UF
RO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CAROLINA LEVATTI CHAGAS

27-Número no CRO
1794

28-UF
RO

29-Código CBO S

30-Franquia Co-participação R\$

31-Valor

32-Franquia Co-participação R\$

33-Valor

34-Franchise Co-participation R\$

35-Valor

36-Franchise Co-participation R\$

37-Valor

38-Franchise Co-participation R\$

39-Valor

40-Franchise Co-participation R\$

41-Valor

42-Franchise Co-participation R\$

43-Valor

44-Franchise Co-participation R\$

45-Valor

46-Franchise Co-participation R\$

47-Valor

48-Franchise Co-participation R\$

49-Valor

50-Franchise Co-participation R\$

51-Valor

52-Franchise Co-participation R\$

53-Valor

54-Franchise Co-participation R\$

55-Valor

56-Franchise Co-participation R\$

57-Valor

58-Franchise Co-participation R\$

59-Valor

60-Franchise Co-participation R\$

61-Valor

62-Franchise Co-participation R\$

63-Valor

64-Franchise Co-participation R\$

65-Valor

66-Franchise Co-participation R\$

67-Valor

68-Franchise Co-participation R\$

69-Valor

70-Franchise Co-participation R\$

71-Valor

72-Franchise Co-participation R\$

73-Valor

74-Franchise Co-participation R\$

75-Valor

76-Franchise Co-participation R\$

77-Valor

78-Franchise Co-participation R\$

79-Valor

80-Franchise Co-participation R\$

81-Valor

82-Franchise Co-participation R\$

83-Valor

84-Franchise Co-participation R\$

85-Valor

86-Franchise Co-participation R\$

87-Valor

88-Franchise Co-participation R\$

89-Valor

90-Franchise Co-participation R\$

91-Valor

92-Franchise Co-participation R\$

93-Valor

94-Franchise Co-participation R\$

95-Valor

96-Franchise Co-participation R\$

97-Valor

98-Franchise Co-participation R\$

99-Valor

100-Franchise Co-participation R\$

101-Valor

102-Franchise Co-participation R\$

103-Valor

104-Franchise Co-participation R\$

105-Valor

106-Franchise Co-participation R\$

107-Valor

108-Franchise Co-participation R\$

109-Valor

110-Franchise Co-participation R\$

111-Valor

112-Franchise Co-participation R\$

113-Valor

114-Franchise Co-participation R\$

115-Valor

116-Franchise Co-participation R\$

117-Valor

118-Franchise Co-participation R\$

119-Valor

120-Franchise Co-participation R\$

121-Valor

122-Franchise Co-participation R\$

123-Valor

124-Franchise Co-participation R\$

125-Valor

126-Franchise Co-participation R\$

127-Valor

128-Franchise Co-participation R\$

129-Valor

130-Franchise Co-participation R\$

131-Valor

132-Franchise Co-participation R\$

133-Valor

134-Franchise Co-participation R\$

135-Valor

136-Franchise Co-participation R\$

137-Valor

138-Franchise Co-participation R\$

139-Valor

140-Franchise Co-participation R\$

141-Valor

142-Franchise Co-participation R\$

143-Valor

144-Franchise Co-participation R\$

145-Valor

146-Franchise Co-participation R\$

147-Valor

148-Franchise Co-participation R\$

149-Valor

150-Franchise Co-participation R\$

151-Valor

152-Franchise Co-participation R\$

153-Valor

154-Franchise Co-participation R\$

155-Valor

156-Franchise Co-participation R\$

157-Valor

158-Franchise Co-participation R\$

159-Valor

160-Franchise Co-participation R\$

161-Valor

162-Franchise Co-participation R\$

163-Valor

164-Franchise Co-participation R\$

165-Valor

166-Franchise Co-participation R\$

167-Valor

168-Franchise Co-participation R\$

169-Valor

170-Franchise Co-participation R\$

171-Valor

172-Franchise Co-participation R\$

173-Valor

174-Franchise Co-participation R\$

175-Valor

176-Franchise Co-participation R\$

177-Valor

178-Franchise Co-participation R\$

179-Valor

180-Franchise Co-participation R\$

181-Valor

182-Franchise Co-participation R\$

183-Valor

184-Franchise Co-participation R\$

185-Valor

186-Franchise Co-participation R\$

187-Valor

188-Franchise Co-participation R\$

189-Valor

190-Franchise Co-participation R\$

191-Valor

192-Franchise Co-participation R\$

193-Valor

194-Franchise Co-participation R\$

195-Valor

196-Franchise Co-participation R\$

197-Valor

198-Franchise Co-participation R\$

199-Valor

200-Franchise Co-participation R\$

201-Valor

202-Franchise Co-participation R\$

203-Valor

204-Franchise Co-participation R\$

205-Valor

206-Franchise Co-participation R\$

207-Valor

208-Franchise Co-participation R\$

209-Valor

210-Franchise Co-participation R\$

211-Valor

212-Franchise Co-participation R\$

213-Valor

214-Franchise Co-participation R\$

215-Valor

216-Franchise Co-participation R\$

217-Valor

218-Franchise Co-participation R\$

219-Valor

220-Franchise Co-participation R\$

221-Valor

222-Franchise Co-participation R\$

223-Valor

224-Franchise Co-participation R\$

225-Valor

226-Franchise Co-participation R\$

227-Valor

228-Franchise Co-participation R\$

229-Valor

230-Franchise Co-participation R\$

231-Valor

232-Franchise Co-participation R\$

233-Valor

234-Franchise Co-participation R\$

235-Valor

236-Franchise Co-participation R\$

237-Valor

238-Franchise Co-participation R\$

239-Valor

240-Franchise Co-participation R\$

241-Valor

242-Franchise Co-participation R\$

243-Valor

244-Franchise Co-participation R\$

245-Valor

246-Franchise Co-participation R\$

247-Valor

248-Franchise Co-participation R\$

249-Valor

250-Franchise Co-participation R\$

251-Valor

252-Franchise Co-participation R\$

253-Valor

254-Franchise Co-participation R\$

255-Valor

256-Franchise Co-participation R\$

257-Valor

258-Franchise Co-participation R\$

259-Valor

260-Franchise Co-participation R\$

261-Valor

262-Franchise Co-participation R\$

263-Valor

264-Franchise Co-participation R\$

265-Valor

266-Franchise Co-participation R\$

267-Valor

268-Franchise Co-participation R\$

269-Valor

270-Franchise Co-participation R\$

271-Valor