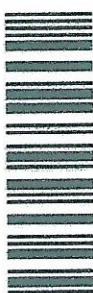




Indicada para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



395288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/2010

4-Data da Autorização
11/11/2010

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50198742

7-Data Validade da Guia
12/11/2011

8-Data Validade da Guia
12/11/2011

9-Data Validade da Guia
12/11/2011

10-Data Validade da Guia
12/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010370000014685631

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
IBBCA CRP 25760

11-Data Validade da Carteira
11/11/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
70120604806111

13-Nome
VICTOR HUGO VALENTE GUARABYRA

25/01/2007

14-Telefone
(21) 991258120

15-Nome do titular do plano
SIMONE VALENTE GUARABYRA PASSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

18-Número no CRO
21767

19-UF
RJ

20-Código CEO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
028126077000

22-Nome do Contratado Executante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

23-Número no CRO
21767

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

27-Número no CRO
21767

28-UF
RJ

29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Trabalha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fecha	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Glor	42-Avaliação
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00				16/11/2010		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	7,20				16/11/2010		
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 Qualificação	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/2010	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	10,60	0,00						

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 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



395293
INTERCÂMBIO

Identificação para vócu emitir

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/04/10 10:20	4-Dia de Autorização 11/04/10 10:20	5-Sinbo AUTORIZADO	6-Numero de Guia Principal 50196744	7-Dia Validade da Guia 11/04/10 10:20
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Numero da Carteira 000370000014685000	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Dia Validade da Carteira 11/04/10 10:20	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 702401082657228
--	--------------------------------	-------------------------------	---	--

13-Nome SIMONE VALENTE GUARABYRA PASSO	14-Tipo de 02/10/1969	15-Nome do titular do plano SIMONE VALENTE GUARABYRA PASSO
---	--------------------------	---

16-Adm. a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Numero no CRO 21767	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
-------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 00281126077000	22-Nome do Contratado Exatante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Numero no CRO 21767	24-UF RJ	25-Código CBO S 21767
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Exatante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	27-Numero no CRO 21767	28-UF RJ	29-Código CBO S 21767
---	---------------------------	-------------	--------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Solicitação	42-Assinatura
1-0	0	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00					
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
5-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Dia Fim 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-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$
11/04/10	1						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, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), foi(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

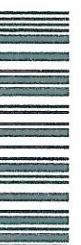
28/05/2010. Responsabilidade.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/10	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/10	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/10	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/04/10
--	--	--	--

2-N₂399975
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.49



398393
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Cidade de Emissão da Guia 11/8/11/0/1/2/0		4-Cidade de Autorização 11/9/11/0/1/2/0		5-Cidade AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50169873		7-Data Válida da Guia 11/6/11/0/1/1/2/1	
8-Número da Carteira 01037520503807211000		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Cidade da Unidade da Carteira 11/1/11/1/1/1/1		12-Número de Cartão Nacional de Saúde		13-Nome do titular do plano DANIEL RODRIGUES DA SILVA	
14-Data de Emissão do Documento 15/04/1998											
15-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
16-Identificação e IN RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
17-Nome do Contador e Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
18-Número no CRC 21767											
19-UF RJ											
20-Código CBO S 801 -											
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 1012811260077000											
22-Nome do Contador e Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
23-UF RJ											
24-Código CBO S 21767											
25-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
26-UF RJ											
27-Código CBO S 21767											
28-UF RJ											
29-UF RJ											
30-UF RJ											
31-UF RJ											
32-UF RJ											
33-UF RJ											
34-UF RJ											
35-UF RJ											
36-UF RJ											
37-UF RJ											
38-UF RJ											
39-UF RJ											
40-UF RJ											
41-UF RJ											
42-UF RJ											
43-UF RJ											
44-UF RJ											
45-UF RJ											
46-UF RJ											
47-UF RJ											
48-UF RJ											
49-UF RJ											
50-UF RJ											
51-UF RJ											
52-UF RJ											
53-UF RJ											
54-UF RJ											
55-UF RJ											
56-UF RJ											
57-UF RJ											
58-UF RJ											
59-UF RJ											
60-UF RJ											
61-UF RJ											
62-UF RJ											
63-UF RJ											
64-UF RJ											
65-UF RJ											
66-UF RJ											
67-UF RJ											
68-UF RJ											
69-UF RJ											
70-UF RJ											
71-UF RJ											
72-UF RJ											
73-UF RJ											
74-UF RJ											
75-UF RJ											
76-UF RJ											
77-UF RJ											
78-UF RJ											
79-UF RJ											
80-UF RJ											
81-UF RJ											
82-UF RJ											
83-UF RJ											
84-UF RJ											
85-UF RJ											
86-UF RJ											
87-UF RJ											
88-UF RJ											
89-UF RJ											
90-UF RJ											
91-UF RJ											
92-UF RJ											
93-UF RJ											
94-UF RJ											
95-UF RJ											
96-UF RJ											
97-UF RJ											
98-UF RJ											
99-UF RJ											
100-UF RJ											

30-Data 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Diagnóstico 34-Fato 35-Cód 36-Quantidade US 37-Valor 38-UF 39-UF 40-UF 41-UF 42-UF 43-UF 44-UF 45-UF 46-UF 47-UF 48-UF 49-UF 50-UF 51-UF 52-UF 53-UF 54-UF 55-UF 56-UF 57-UF 58-UF 59-UF 60-UF 61-UF 62-UF 63-UF 64-UF 65-UF 66-UF 67-UF 68-UF 69-UF 70-UF 71-UF 72-UF 73-UF 74-UF 75-UF 76-UF 77-UF 78-UF 79-UF 80-UF 81-UF 82-UF 83-UF 84-UF 85-UF 86-UF 87-UF 88-UF 89-UF 90-UF 91-UF 92-UF 93-UF 94-UF 95-UF 96-UF 97-UF 98-UF 99-UF 100-UF

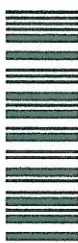
43-Data Período de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Atendimento 46-Tipo de Atendimento 47-Tipo de Atendimento 48-Tipo de Atendimento 49-Tipo de Atendimento 50-Tipo de Atendimento 51-Tipo de Atendimento 52-Tipo de Atendimento 53-Tipo de Atendimento 54-Tipo de Atendimento 55-Tipo de Atendimento 56-Tipo de Atendimento 57-Tipo de Atendimento 58-Tipo de Atendimento 59-Tipo de Atendimento 60-Tipo de Atendimento 61-Tipo de Atendimento 62-Tipo de Atendimento 63-Tipo de Atendimento 64-Tipo de Atendimento 65-Tipo de Atendimento 66-Tipo de Atendimento 67-Tipo de Atendimento 68-Tipo de Atendimento 69-Tipo de Atendimento 70-Tipo de Atendimento 71-Tipo de Atendimento 72-Tipo de Atendimento 73-Tipo de Atendimento 74-Tipo de Atendimento 75-Tipo de Atendimento 76-Tipo de Atendimento 77-Tipo de Atendimento 78-Tipo de Atendimento 79-Tipo de Atendimento 80-Tipo de Atendimento 81-Tipo de Atendimento 82-Tipo de Atendimento 83-Tipo de Atendimento 84-Tipo de Atendimento 85-Tipo de Atendimento 86-Tipo de Atendimento 87-Tipo de Atendimento 88-Tipo de Atendimento 89-Tipo de Atendimento 90-Tipo de Atendimento 91-Tipo de Atendimento 92-Tipo de Atendimento 93-Tipo de Atendimento 94-Tipo de Atendimento 95-Tipo de Atendimento 96-Tipo de Atendimento 97-Tipo de Atendimento 98-Tipo de Atendimento 99-Tipo de Atendimento 100-Tipo de Atendimento

51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 52-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 53-Data e Assinatura do Responsável 54-Data e Assinatura do Responsável 55-Data e Assinatura do Responsável 56-Data e Assinatura do Responsável 57-Data e Assinatura do Responsável 58-Data e Assinatura do Responsável 59-Data e Assinatura do Responsável 60-Data e Assinatura do Responsável 61-Data e Assinatura do Responsável 62-Data e Assinatura do Responsável 63-Data e Assinatura do Responsável 64-Data e Assinatura do Responsável 65-Data e Assinatura do Responsável 66-Data e Assinatura do Responsável 67-Data e Assinatura do Responsável 68-Data e Assinatura do Responsável 69-Data e Assinatura do Responsável 70-Data e Assinatura do Responsável 71-Data e Assinatura do Responsável 72-Data e Assinatura do Responsável 73-Data e Assinatura do Responsável 74-Data e Assinatura do Responsável 75-Data e Assinatura do Responsável 76-Data e Assinatura do Responsável 77-Data e Assinatura do Responsável 78-Data e Assinatura do Responsável 79-Data e Assinatura do Responsável 80-Data e Assinatura do Responsável 81-Data e Assinatura do Responsável 82-Data e Assinatura do Responsável 83-Data e Assinatura do Responsável 84-Data e Assinatura do Responsável 85-Data e Assinatura do Responsável 86-Data e Assinatura do Responsável 87-Data e Assinatura do Responsável 88-Data e Assinatura do Responsável 89-Data e Assinatura do Responsável 90-Data e Assinatura do Responsável 91-Data e Assinatura do Responsável 92-Data e Assinatura do Responsável 93-Data e Assinatura do Responsável 94-Data e Assinatura do Responsável 95-Data e Assinatura do Responsável 96-Data e Assinatura do Responsável 97-Data e Assinatura do Responsável 98-Data e Assinatura do Responsável 99-Data e Assinatura do Responsável 100-Data e Assinatura do Responsável

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(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-a e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

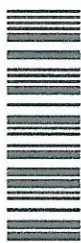
44-Observação

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		4-Data de Autuação 11/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50207434		7-Data Validada da Senha 11/11/2011		4229941 INTERCAMBIO											
8-Endereço do Segurado 10-0370000024737812												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Data Validada da Senha 11/11/2011		11-Data Validada do Contrato Nacional de Saúde 704600102080323							
12-Nome ANA MARIA ARAUJO DE ANDRADE												13-Data de Nascimento 09/02/1945		14-Endereço UNIME SAUDE E ODONTO S/A		15-Data Validada da Senha 11/11/2011		16-Data Validada do Contrato Nacional de Saúde 704600102080323					
17-Endereço de Atendimento a RN RACHEL MARIA SOUZA SOARES												18-Número no CNO 21767		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Data Validada da Senha 11/11/2011		22-Data Validada do Contrato Nacional de Saúde 704600102080323			
23-Data de Nascimento 10/12/81												24-Data de Nascimento 10/12/81		25-Data de Nascimento 10/12/81		26-Data de Nascimento 10/12/81		27-Data de Nascimento 10/12/81		28-Data de Nascimento 10/12/81		29-Data de Nascimento 10/12/81	
29-Data de Nascimento 10/12/81												30-Data de Nascimento 10/12/81		31-Data de Nascimento 10/12/81		32-Data de Nascimento 10/12/81		33-Data de Nascimento 10/12/81		34-Data de Nascimento 10/12/81		35-Data de Nascimento 10/12/81	
35-Data de Nascimento 10/12/81												36-Data de Nascimento 10/12/81		37-Data de Nascimento 10/12/81		38-Data de Nascimento 10/12/81		39-Data de Nascimento 10/12/81		40-Data de Nascimento 10/12/81		41-Data de Nascimento 10/12/81	
41-Data de Nascimento 10/12/81												42-Data de Nascimento 10/12/81		43-Data de Nascimento 10/12/81		44-Data de Nascimento 10/12/81		45-Data de Nascimento 10/12/81		46-Data de Nascimento 10/12/81		47-Data de Nascimento 10/12/81	
47-Data de Nascimento 10/12/81												48-Data de Nascimento 10/12/81		49-Data de Nascimento 10/12/81		50-Data de Nascimento 10/12/81		51-Data de Nascimento 10/12/81		52-Data de Nascimento 10/12/81		53-Data de Nascimento 10/12/81	
53-Data de Nascimento 10/12/81												54-Data de Nascimento 10/12/81		55-Data de Nascimento 10/12/81		56-Data de Nascimento 10/12/81		57-Data de Nascimento 10/12/81		58-Data de Nascimento 10/12/81		59-Data de Nascimento 10/12/81	
59-Data de Nascimento 10/12/81												60-Data de Nascimento 10/12/81		61-Data de Nascimento 10/12/81		62-Data de Nascimento 10/12/81		63-Data de Nascimento 10/12/81		64-Data de Nascimento 10/12/81		65-Data de Nascimento 10/12/81	
65-Data de Nascimento 10/12/81												66-Data de Nascimento 10/12/81		67-Data de Nascimento 10/12/81		68-Data de Nascimento 10/12/81		69-Data de Nascimento 10/12/81		70-Data de Nascimento 10/12/81		71-Data de Nascimento 10/12/81	
71-Data de Nascimento 10/12/81												72-Data de Nascimento 10/12/81		73-Data de Nascimento 10/12/81		74-Data de Nascimento 10/12/81		75-Data de Nascimento 10/12/81		76-Data de Nascimento 10/12/81		77-Data de Nascimento 10/12/81	
77-Data de Nascimento 10/12/81												78-Data de Nascimento 10/12/81		79-Data de Nascimento 10/12/81		80-Data de Nascimento 10/12/81		81-Data de Nascimento 10/12/81		82-Data de Nascimento 10/12/81		83-Data de Nascimento 10/12/81	
83-Data de Nascimento 10/12/81												84-Data de Nascimento 10/12/81		85-Data de Nascimento 10/12/81		86-Data de Nascimento 10/12/81		87-Data de Nascimento 10/12/81		88-Data de Nascimento 10/12/81		89-Data de Nascimento 10/12/81	
89-Data de Nascimento 10/12/81												90-Data de Nascimento 10/12/81		91-Data de Nascimento 10/12/81		92-Data de Nascimento 10/12/81		93-Data de Nascimento 10/12/81		94-Data de Nascimento 10/12/81		95-Data de Nascimento 10/12/81	
95-Data de Nascimento 10/12/81												96-Data de Nascimento 10/12/81		97-Data de Nascimento 10/12/81		98-Data de Nascimento 10/12/81		99-Data de Nascimento 10/12/81		100-Data de Nascimento 10/12/81		101-Data de Nascimento 10/12/81	
101-Data de Nascimento 10/12/81												102-Data de Nascimento 10/12/81		103-Data de Nascimento 10/12/81		104-Data de Nascimento 10/12/81		105-Data de Nascimento 10/12/81		106-Data de Nascimento 10/12/81		107-Data de Nascimento 10/12/81	
107-Data de Nascimento 10/12/81												108-Data de Nascimento 10/12/81		109-Data de Nascimento 10/12/81		110-Data de Nascimento 10/12/81		111-Data de Nascimento 10/12/81		112-Data de Nascimento 10/12/81		113-Data de Nascimento 10/12/81	
113-Data de Nascimento 10/12/81												114-Data de Nascimento 10/12/81		115-Data de Nascimento 10/12/81		116-Data de Nascimento 10/12/81		117-Data de Nascimento 10/12/81		118-Data de Nascimento 10/12/81		119-Data de Nascimento 10/12/81	
119-Data de Nascimento 10/12/81												120-Data de Nascimento 10/12/81		121-Data de Nascimento 10/12/81		122-Data de Nascimento 10/12/81		123-Data de Nascimento 10/12/81		124-Data de Nascimento 10/12/81		125-Data de Nascimento 10/12/81	
125-Data de Nascimento 10/12/81												126-Data de Nascimento 10/12/81		127-Data de Nascimento 10/12/81		128-Data de Nascimento 10/12/81		129-Data de Nascimento 10/12/81		130-Data de Nascimento 10/12/81		131-Data de Nascimento 10/12/81	
131-Data de Nascimento 10/12/81												132-Data de Nascimento 10/12/81		133-Data de Nascimento 10/12/81		134-Data de Nascimento 10/12/81		135-Data de Nascimento 10/12/81		136-Data de Nascimento 10/12/81		137-Data de Nascimento 10/12/81	
137-Data de Nascimento 10/12/81												138-Data de Nascimento 10/12/81		139-Data de Nascimento 10/12/81		140-Data de Nascimento 10/12/81		141-Data de Nascimento 10/12/81		142-Data de Nascimento 10/12/81		143-Data de Nascimento 10/12/81	
143-Data de Nascimento 10/12/81												144-Data de Nascimento 10/12/81		145-Data de Nascimento 10/12/81		146-Data de Nascimento 10/12/81		147-Data de Nascimento 10/12/81		148			

24

407910
INTERCÂMBIO

406414		12/9/11 01/2/01		12/9/11 01/2/01		5-Conta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50202507		7-Data Validade da Guia 12/7/10 11/2/11		407910 INTERCÂMBIO	
8-Data de Emissão da Guia													
9-Data de Autuação													
10-Data Validade da Guia													
11-Data Validade da Guia													
12-Data Validade da Guia													
13-Data Validade da Guia													
14-Data Validade da Guia													
15-Data Validade da Guia													
16-Data Validade da Guia													
17-Data Validade da Guia													
18-Data Validade da Guia													
19-Data Validade da Guia													
20-Data Validade da Guia													
21-Data Validade da Guia													
22-Data Validade da Guia													
23-Data Validade da Guia													
24-Data Validade da Guia													
25-Data Validade da Guia													
26-Data Validade da Guia													
27-Data Validade da Guia													
28-Data Validade da Guia													
29-Data Validade da Guia													
30-Data Validade da Guia													
31-Data Validade da Guia													
32-Data Validade da Guia													
33-Data Validade da Guia													
34-Data Validade da Guia													
35-Data Validade da Guia													
36-Data Validade da Guia													
37-Data Validade da Guia													
38-Data Validade da Guia													
39-Data Validade da Guia													
40-Data Validade da Guia													
41-Data Validade da Guia													
42-Data Validade da Guia													
43-Data Validade da Guia													
44-Data Validade da Guia													
45-Data Validade da Guia													
46-Data Validade da Guia													
47-Data Validade da Guia													
48-Data Validade da Guia													
49-Data Validade da Guia													
50-Data Validade da Guia													
51-Data Validade da Guia													
52-Data Validade da Guia													
53-Data Validade da Guia													
54-Data Validade da Guia													
55-Data Validade da Guia													
56-Data Validade da Guia													
57-Data Validade da Guia													
58-Data Validade da Guia													
59-Data Validade da Guia													
60-Data Validade da Guia													
61-Data Validade da Guia													
62-Data Validade da Guia													
63-Data Validade da Guia													
64-Data Validade da Guia													
65-Data Validade da Guia													
66-Data Validade da Guia													
67-Data Validade da Guia													
68-Data Validade da Guia													
69-Data Validade da Guia													
70-Data Validade da Guia													
71-Data Validade da Guia													
72-Data Validade da Guia													
73-Data Validade da Guia													
74-Data Validade da Guia													
75-Data Validade da Guia													
76-Data Validade da Guia													
77-Data Validade da Guia													
78-Data Validade da Guia													
79-Data Validade da Guia													
80-Data Validade da Guia													
81-Data Validade da Guia													
82-Data Validade da Guia													
83-Data Validade da Guia													
84-Data Validade da Guia													
85-Data Validade da Guia													
86-Data Validade da Guia													
87-Data Validade da Guia													
88-Data Validade da Guia													
89-Data Validade da Guia													
90-Data Validade da Guia													
91-Data Validade da Guia													
92-Data Validade da Guia													
93-Data Validade da Guia													
94-Data Validade da Guia													
95-Data Validade da Guia													
96-Data Validade da Guia													
97-Data Validade da Guia													
98-Data Validade da Guia													
99-Data Validade da Guia													
100-Data Validade da Guia													
101-Data Validade da Guia													
102-Data Validade da Guia													
103-Data Validade da Guia													
104-Data Validade da Guia													
105-Data Validade da Guia													
106-Data Validade da Guia													
107-Data Validade da Guia													
108-Data Validade da Guia													
109-Data Validade da Guia													
110-Data Validade da Guia													
111-Data Validade da Guia													
112-Data Validade da Guia													
113-Data Validade da Guia													
114-Data Validade da Guia													
115-Data Validade da Guia													
116-Data Validade da Guia													
117-Data Validade da Guia													
118-Data Validade da Guia													
119-Data Validade da Guia													
120-Data Validade da Guia													
121-Data Validade da Guia													
122-Data Validade da Guia													
123-Data Validade da Guia													
124-Data Validade da Guia													
125-Data Validade da Guia													
126-Data Validade da Guia													
127-Data Validade da Guia													
128-Data Validade da Guia													
129-Data Validade da Guia													
130-Data Validade da Guia													
131-Data Validade da Guia													
132-Data Validade da Guia													
133-Data Validade da Guia													
134-Data Validade da Guia													
135-Data Validade da Guia													
136-Data Validade da Guia													
137-Data Validade da Guia													
138-Data Validade da Guia													
139-Data Validade da Guia													
140-Data Validade da Guia													
141-Data Validade da Guia													
142-Data Validade da Guia													
143-Data Validade da Guia													
144-Data Validade da Guia													
145-Data Validade da Guia													
146-Data Validade da Guia													
147-Data Validade da Guia													
148-Data Validade da Guia													
149-Data Validade da Guia													
150-Data Validade da Guia													
151-Data Validade da Guia													
152-Data Validade da Guia													
153-Data Validade da Guia													
154-Data Validade da Guia													
155-Data Validade da Guia													
156-Data Validade da Guia													
157-Data Validade da Guia													
158-Data Validade da Guia													
159-Data Validade da Guia													
160-Data Validade da Guia													
161-Data													

395616
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

413737
INTERCÂMBIO

ada

2011

[illegible]

Handwriting practice lines showing dashed letters for tracing. The letters are arranged in two rows: the first row contains 'L', 'U', 'I', 'L', 'U', 'I' and the second row contains 'L', 'U', 'I', 'L', 'U', 'I'.

EE	EE
----	----

ente e arcar com os custos

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 101–108

1000



Identificação para OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



408075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10	4-Data de Autorização 12/09/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202550	7-Data Validade da Guia 12/12/10
8-Endereço do Beneficiário 0 0 0 3 7 0 0 0 0 1 4 4 8 0 7 0 3			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WMA SERVICOS E PRO	11-Data Validade da Carteira 12/12/10
12-Nome CELMA DOS SANTOS AZEVEDO			13-Data de Nascimento 25/10/1968	14-CPF 98063998	15-Nome do titular do plano WILSON MURILO AZEVEDO
16-Autorização a R\$ RACHEL MARIA SOUZA SOARES			17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Número no CBO 21767	19-UF RJ
20-Código da Operadora CBO J. CPE 0 2 8 1 2 8 0 7 7 0 0			21-Nome do Convênio Especial RACHEL MARIA SOUZA SOARES	22-Número no CBO 21767	23-Código CNES RJ
24-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES			25-Número no CBO 21767	26-Código CBO S RJ	27-UF RJ
28-Plano de Tratamento / Procedimento Odontológico 30-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA			31-Data de Registo 24-Fev	32-Quantidade US 3 4 0 0	33-Valor 0 0 0 0
34-1-0 1 0 8 1 0 0 0 0 3 0			35-1-1	36-3 4 0 0	37-0 0 0 0
38-2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7			39-1	40-3 6 0 0	41-0 0 0 0
39-3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7			40-1	41-3 6 0 0	42-0 0 0 0
40-4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7			41-1	42-3 6 0 0	43-0 0 0 0
41-5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7			42-1	43-3 6 0 0	44-0 0 0 0
42-6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			43-1	44-3 6 0 0	45-0 0 0 0
43-7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			44-1	45-3 6 0 0	46-0 0 0 0
44-8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			45-1	46-3 6 0 0	47-0 0 0 0
45-9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			46-1	47-3 6 0 0	48-0 0 0 0
46-10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			47-1	48-3 6 0 0	49-0 0 0 0
47-11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			48-1	49-3 6 0 0	50-0 0 0 0
48-12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			49-1	50-3 6 0 0	51-0 0 0 0
49-13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			50-1	51-3 6 0 0	52-0 0 0 0
50-14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			51-1	52-3 6 0 0	53-0 0 0 0
51-15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			52-1	53-3 6 0 0	54-0 0 0 0
52-16-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			53-1	54-3 6 0 0	55-0 0 0 0
53-17-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			54-1	55-3 6 0 0	56-0 0 0 0
54-18-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			55-1	56-3 6 0 0	57-0 0 0 0
55-19-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			56-1	57-3 6 0 0	58-0 0 0 0
56-20-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			57-1	58-3 6 0 0	59-0 0 0 0
57-21-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			58-1	59-3 6 0 0	60-0 0 0 0
58-22-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			59-1	60-3 6 0 0	61-0 0 0 0
59-23-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			60-1	61-3 6 0 0	62-0 0 0 0
60-24-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			61-1	62-3 6 0 0	63-0 0 0 0
61-25-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			62-1	63-3 6 0 0	64-0 0 0 0
62-26-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			63-1	64-3 6 0 0	65-0 0 0 0
63-27-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			64-1	65-3 6 0 0	66-0 0 0 0
64-28-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			65-1	66-3 6 0 0	67-0 0 0 0
65-29-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			66-1	67-3 6 0 0	68-0 0 0 0
66-30-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			67-1	68-3 6 0 0	69-0 0 0 0
67-31-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			68-1	69-3 6 0 0	70-0 0 0 0
68-32-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			69-1	70-3 6 0 0	71-0 0 0 0
69-33-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			70-1	71-3 6 0 0	72-0 0 0 0
70-34-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			71-1	72-3 6 0 0	73-0 0 0 0
71-35-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			72-1	73-3 6 0 0	74-0 0 0 0
72-36-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			73-1	74-3 6 0 0	75-0 0 0 0
73-37-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			74-1	75-3 6 0 0	76-0 0 0 0
74-38-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			75-1	76-3 6 0 0	77-0 0 0 0
75-39-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			76-1	77-3 6 0 0	78-0 0 0 0
76-40-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			77-1	78-3 6 0 0	79-0 0 0 0
77-41-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			78-1	79-3 6 0 0	80-0 0 0 0
78-42-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			79-1	80-3 6 0 0	81-0 0 0 0
79-43-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			80-1	81-3 6 0 0	82-0 0 0 0
80-44-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			81-1	82-3 6 0 0	83-0 0 0 0
81-45-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			82-1	83-3 6 0 0	84-0 0 0 0
82-46-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			83-1	84-3 6 0 0	85-0 0 0 0
83-47-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			84-1	85-3 6 0 0	86-0 0 0 0
84-48-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			85-1	86-3 6 0 0	87-0 0 0 0
85-49-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			86-1	87-3 6 0 0	88-0 0 0 0
86-50-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			87-1	88-3 6 0 0	89-0 0 0 0
87-51-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			88-1	89-3 6 0 0	90-0 0 0 0
88-52-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			89-1	90-3 6 0 0	91-0 0 0 0
89-53-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			90-1	91-3 6 0 0	92-0 0 0 0
90-54-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			91-1	92-3 6 0 0	93-0 0 0 0
91-55-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			92-1	93-3 6 0 0	94-0 0 0 0
92-56-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			93-1	94-3 6 0 0	95-0 0 0 0
93-57-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			94-1	95-3 6 0 0	96-0 0 0 0
94-58-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			95-1	96-3 6 0 0	97-0 0 0 0
95-59-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			96-1	97-3 6 0 0	98-0 0 0 0
96-60-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			97-1	98-3 6 0 0	99-0 0 0 0
97-61-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			98-1	99-3 6 0 0	100-0 0 0 0
98-62-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			99-1	100-3 6 0 0	101-0 0 0 0
99-63-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			100-1	101-3 6 0 0	102-0 0 0 0
100-64-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			101-1	102-3 6 0 0	103-0 0 0 0
101-65-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			102-1	103-3 6 0 0	104-0 0 0 0
102-66-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			103-1	104-3 6 0 0	105-0 0 0 0
103-67-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			104-1	105-3 6 0 0	106-0 0 0 0
104-68-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			105-1	106-3 6 0 0	107-0 0 0 0
105-69-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			106-1	107-3 6 0 0	108-0 0 0 0
106-70-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			107-1	108-3 6 0 0	109-0 0 0 0
107-71-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			108-1	109-3 6 0 0	110-0 0 0 0
108-72-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			109-1	110-3 6 0 0	111-0 0 0 0
109-73-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			110-1	111-3 6 0 0	112-0 0 0 0
110-74-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			111-1	112-3 6 0 0	113-0 0 0 0
111-75-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			112-1	113-3 6 0 0	114-0 0 0 0
112-76-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			113-1	114-3 6 0 0	115-0 0 0 0
113-77-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			114-1	115-3 6 0 0	116-0 0 0 0
114-78-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			115-1	116-3 6 0 0	117-0 0 0 0
115-79-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			116-1	117-3 6 0 0	118-0 0 0 0
116-80-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			117-1	118-3 6 0 0	119-0 0 0 0
117-81-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			118-1	119-3 6 0 0	120-0 0 0 0
118-82-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			119-1	120-3 6 0 0	121-0 0 0 0
119-83-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			120-1	121-3 6 0 0	122-0 0 0 0
120-84-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			121-1	122-3 6 0 0	123-0 0 0 0
121-85-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			122-1	123-3 6 0 0	124-0 0 0 0
122-86-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			123-1	124-3 6 0 0	125-0 0 0 0
123-87-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			124-1	125-3 6 0 0	126-0 0 0 0
124-88-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			125-1	126-3 6 0 0	127-0 0 0 0
125-89-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			126-1	127-3 6 0 0	128-0 0 0 0
126-90-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			127-1	128-3 6 0 0	129-0 0 0 0
127-91-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			128-1	129-3 6 0 0	130-0 0 0 0
128-92-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			129-1	130-3 6 0 0	131-0 0 0 0
129-93-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			130-1	131-3 6 0 0	132-0 0 0 0
130-94-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			131-1	132-3 6 0 0	133-0 0 0 0
131-95-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			132-1	133-3 6 0 0	134-0 0 0 0
132-96-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			133-1	134-3 6 0 0	135-0 0 0 0
133-97-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			134-1	135-3 6 0 0	136-0 0 0 0
134-98-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			135-1	136-3 6 0 0	137-0 0 0 0
135-99-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			136-1	137-3 6 0 0	138-0 0 0 0
136-100-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			137-1	138-3 6 0 0	139-0 0 0 0
137-101-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			138-1	139-3 6 0 0	140-0 0 0 0
138-102-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			139-1	140-3 6 0 0	141-0 0 0 0
139-103-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			140-1	141-3 6 0 0	142-0 0 0 0
140-104-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			141-1	142-3 6 0 0	143-0 0 0 0
141-105-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			142-1	143-3 6 0 0	144-0 0 0 0
142-106-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			143-1	144-3 6 0 0	145-0 0 0 0
143-107-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			144-1	145-3 6 0 0	146-0 0 0 0
144-108-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			145-1	146-3 6 0 0	147-0 0 0 0
145-109-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			146-1	147-3 6 0 0	148-0 0 0 0
146-110-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			147-1	148-3 6 0 0	149-0 0 0 0
147-111-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			148-1	149-3 6 0 0	150-0 0 0 0
148-112-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			149-1	150-3 6 0 0	151-0 0 0 0
149-113-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			150-1	151-3 6 0 0	152-0 0 0 0
150-114-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			151-1	152-3 6 0 0	153-0 0 0 0
151-115-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			152-1	153-3 6 0 0	154-0 0 0 0
152-116-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			153-1	154-3 6 0 0	155-0 0 0 0
153-117-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			154-1	155-3 6 0 0	156-0 0 0 0
154-118-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			155-1	156-3 6 0 0	157-0 0 0 0
155-119-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			156-1	157-3 6 0 0	158-0 0 0 0
156-120-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			157-1	158-3 6 0 0	159-0 0 0 0
157-121-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			158-1	159-3 6 0 0	160-0 0 0 0
158-122-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			159-1	160-3 6 0 0	161-0 0 0 0
159-123-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			160-1	161-3 6 0 0	162-0 0 0 0
160-124-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			161-1	162-3 6 0 0	163-0 0 0 0
161-125-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			162-1	163-3 6 0 0	164-0 0 0 0
162-126-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			163-1	164-3 6 0 0	165-0 0 0 0
163-127-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			164-1	165-3 6 0 0	166-0 0 0 0
164-128-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			165-1	166-3 6 0 0	167-0 0 0 0
165-129-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			166-1	167-3 6 0 0	168-0 0 0 0
166-130-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			167-1	168-3 6 0 0	169-0 0 0 0
167-131-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			168-1	169-3 6 0 0	170-0 0 0 0
168-132-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			169-1	170-3 6 0 0	171-0 0 0 0
169-133-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			170-1	171-3 6 0 0	172-0 0 0 0
170-134-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			171-1	172-3 6 0 0	173-0 0 0 0
171-135-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			172-1	173-3 6 0 0	174-0 0 0 0
172-136-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			173-1	174-3 6 0 0	175-0 0 0 0
173-137-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			174-1	175-3 6 0 0	176-0 0 0 0
174-138-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			175-1	176-3 6 0 0	177-0 0 0 0
175-139-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			176-1	177-3 6 0 0	178-0 0 0 0
176-140-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			177-1	178-3 6 0 0	179-0 0 0 0
177-141-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			178-1	179-3 6 0 0	180-0 0 0 0
178-142-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			179-1	180-3 6 0 0	181-0 0 0 0
179-143-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			180-1	181-3 6 0 0	182-0 0 0 0
180-144-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			181-1	182-3 6 0 0	183-0 0 0 0
181-145-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			182-1	183-3 6 0 0	184-0 0 0 0
182-1					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



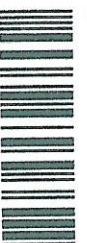
George Orfanos



Requisição para envio formulário

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



419575
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 11/12/10	4-Data de Autização 11/06/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50206305	7-Data Validade da Guia 11/14/10 12/12/11
---------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Endereço do Beneficiário R. N. 10 03 7 10 0 0 0 2 8 3 0 8 4 1 0	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MRF TREINAMENTO E	11-Data Validade da Guia 11/14/10 12/12/11	12-Numero de Cartão Nacional de Saúde 700500147490855
--	---------------------------------	---------------------------------	---	--

13-Nome CAROLINE CORDEIRO DE MELLO AMA	14-Relação 24-000984130	15-Nome do titular do plano MARCELO RUELA FELIPE
---	----------------------------	---

16-Data de Cadastro / Proposta pelo Tratamento

17-Identificação a FUI N	18-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
-----------------------------	--	-------------	---

21-Código na Operação CNU / CPE 10 12 8 1 1 2 6 0 7 7 0 0	22-Nome do Consultado Escudado RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Numero no CNU 21767	24-UF RJ	25-Código CNE S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Escudado RACHEL MARIA SOUZA SOARES	27-Numero no CNU 21767	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Fee	35-CUF	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-10	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	00	00	00	00	11/12/10	2000	
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	00	00	00	00	11/12/10	2000	
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	00	00	00	00	11/12/10	2000	
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	00	00	00	00	11/12/10	2000	
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36	00	00	00	00	11/12/10	2000	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Data de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	11/11/11	1178,00	10,00	10,00							

49-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

49-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data local e Cuiasmo da Empresa

51-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data local e Cuiasmo da Empresa

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

56-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

57-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

58-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

59-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

60-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

61-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

62-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

63-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

64-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

65-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

66-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

67-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

68-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

69-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

70-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

71-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

72-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

73-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

74-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

75-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

76-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

77-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

78-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

79-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

80-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

81-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

82-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

83-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

84-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

85-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

86-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

87-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

88-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

89-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

90-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

91-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

92-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

93-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

94-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

95-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

96-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

97-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

98-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

99-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

100-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

101-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

102-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

103-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

104-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

105-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

106-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

107-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

108-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

109-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

110-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

111-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

112-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

113-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

114-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

115-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

116-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

117-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

118-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

119-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

120-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

121-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

122-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

123-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

124-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

125-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

126-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

127-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

128-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

129-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

130-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

131-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

132-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

133-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

134-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

135-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

136-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

137-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

138-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

139-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

140-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

141-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

142-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

143-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

144-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

145-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

146-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

147-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

148-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

149-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

150-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

151-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

152-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

153-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

154-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

155-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

156-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

157-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

158-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

159-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

160-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

161-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

162-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

163-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

164-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

165-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

166-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

167-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

168-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

169-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

170-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

171-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

172-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

173-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

174-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

175-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

176-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

177-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

178-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

179-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

180-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

181-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

182-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

183-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

184-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

185-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

186-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

187-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

188-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

189-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

190-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

191-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

192-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

193-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

194-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

195-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

196-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

197-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

198-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

199-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

200-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

201-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

202-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

203-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

204-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

205-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

206-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

207-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

208-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

209-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

210-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

211-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

212-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

213-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

214-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

215-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

216-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

217-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

218-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

219-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

220-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

221-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

222-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

223-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

224-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

225-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

226-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

227-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

228-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

229-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

230-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

231-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

232-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

233-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

234-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

235-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

236-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

237-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

238-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

239-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

240-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

241-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

242-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

243-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

244-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

245-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

246-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

247-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

248-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

249-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

250-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

251-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

252-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

253-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

254-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

255-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

256-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

257-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

258-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

259-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

260-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

261-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

262-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

263-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

264-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

265-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

266-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

267-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

268-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

269-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

270-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

271-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

272-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

273-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

274-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

275-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

276-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

277-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

278-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

279-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

280-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

281-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

282-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

283-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

284-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

285-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

286-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

287-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

288-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

289-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

290-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

291-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

292-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

293-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

294-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

295-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

296-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

297-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

298-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

299-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

300-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

301-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

302-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

303-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

304-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

305-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

306-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

307-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

308-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

309-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

310-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

311-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

312-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

313-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

314-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

315-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

316-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

317-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

318-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

319-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

320-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

321-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

322-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

323-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

324-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

325-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

326-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

327-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

328-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

329-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

330-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

331-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

332-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

333-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

334-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

335-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

336-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

337-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

338-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

339-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

340-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

341-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

342-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

343-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

344-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

345-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

346-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

347-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

348-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

349-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

350-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

351-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

352-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

353-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

354-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

355-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

356-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

357-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

358-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

359-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

360-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

361-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

362-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

363-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

364-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

365-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

366-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

367-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

368-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

369-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

370-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

371-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

372-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

373-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

374-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

375-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

376-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

377-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

378-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

379-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

380-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

381-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

382-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

383-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

384-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

385-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

386-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

387-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

388-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

389-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

390-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

391-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

392-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

393-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

394-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

395-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

396-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

397-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

398-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

399-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

400-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

401-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

402-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

403-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

404-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

405-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

406-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

407-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

408-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

409-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

410-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

411-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

412-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

413-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

414-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

415-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

416-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

417-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

418-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

419-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

420-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

421-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

422-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

423-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

424-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

425-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

426-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

427-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

428-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

429-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

430-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

431-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

432-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

433-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

434-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

435-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

436-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

437-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

438-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

439-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

440-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

441-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

442-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

443-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

444-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

445-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

446-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

447-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

448-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

449-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

450-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

451-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

452-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

453-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

454-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

455-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

456-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

457-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

458-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

459-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

460-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

461-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

462-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

463-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

464-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

465-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

466-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

467-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

468-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

469-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

470-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

471-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

472-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

473-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

474-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

475-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

476-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

477-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

478-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

479-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

480-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

481-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

482-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

483-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

484-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

485-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

486-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

487-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

488-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

489-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

490-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

491-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

492-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

493-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

494-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

495-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

496-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

497-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

498-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

499-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

500-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

501-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

502-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

503-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

504-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

505-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

506-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

507-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

508-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

509-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

510-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

511-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

512-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

513-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

514-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

515-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

516-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

517-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

518-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

519-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

520-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

521-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

522-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

523-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

524-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

525-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

526-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

527-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

528-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

529-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

530-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

531-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

532-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

533-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

534-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

535-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

536-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

537-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

538-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

539-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

540-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

541-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

542-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

543-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

544-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

545-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

546-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

547-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

548-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

549-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

550-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

551-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

552-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

553-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

554-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

555-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

556-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

557-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

558-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

559-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

560-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

561-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

562-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

563-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

564-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

565-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável

566-Data local e Assin

Odeito, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara ainda que c/c(s) procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) 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 essa documentação, 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 Consultado Responsável 11/11/11	53-Data, local e Assinatura do Corredor da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

avaliei
nota 46
acompanhar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

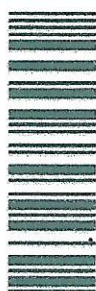
[illegible]

Converses:

22/10/16

2410

[illegible]



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 2/4/09 3-Data de Autorização 2/5/09 4-Será Autorizado 5-Número da Guia Principal 50194101 6-Data Validada da Guia 2/3/12 7-Data Validada da Guia 2/3/12

8-Número da Carteira 0037000023556113 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 382596 INTERCAMBIO

13-Nome MARIA CLARA LETTAO VIEIRA 14-Tel Cel 913790368 15-Nome do titular do plano MARIA CLARA LETTAO VIEIRA

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 18-Número no CRO 21767 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 02812607700 22-Nome do Contratado Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 23-Número no CRO 21767 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 27-Número no CRO 21767 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-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		515	12/20		Assinatura
2-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00		15	12/20		Assinatura
3-00									15	12/20		Assinatura
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 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 106 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00

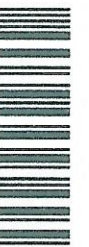
Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



419204
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 15/11/2014	4-Dia de Autuação 15/11/2014	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206189	7-Dia Validade da Guia 13/12/2014
8-Número da Carteira 0103799406005580	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Dia Validade da Carteira 11/11/2014	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 998004612155345	13-Nome do titular do plano FRANCISCO DAFILON DE ALBUQUERQU
14-Endereço do Consultório / Procedimento Solicitado RACHEL MARIA SOUZA SOARES					
15-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	16-Endereço do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	17-Telefone 21767	18-UF RJ	19-UF RJ	20-Código CBO S 601 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora CUPU/OPF 0218126077010	22-Nome do Consultado Especialista RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Número no CBO 21767	24-UF RJ	25-Código CNES 21767	26-Código CBO S RJ

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquizado-Participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0108100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1		134100	0100	0100	15/11/2014			
2-0108400090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1		172100	0100	0100	15/11/2014			
3-0101010101												
4-0101010101												
5-0101010101												
6-0101010101												
7-0101010101												
8-0101010101												
9-0101010101												
10-0101010101												
11-0101010101												
12-0101010101												
13-0101010101												
14-0101010101												
15-0101010101												

43-Dia de Realização do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia - Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/11/2014
49-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
15/11/2014
50-Data, local e Assinatura da Empresa
15/11/2014

CLAIM

Faturar Empresa

contrato, Declara, ainda que c) s) procedimental(s) desatualiz(a), acina, e por mim assinado(s), b) litem 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, comprovando-me a arcar com as custas conforme previsto no contrato.

contrato, Declara, ainda que c) s) procedimental(s) desatualiz(a), acina, e por mim assinado(s), b) litem 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, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

parte alvaros palitang; punas alti; do me mal toma medicinaero
 14 orality

[illegible]

21

Sehen die fünf bis 11. 12.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 11/2011	4-Data de Autocrédito 11/09/11 11/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207365	7-Data Validade da Sentença 11/07/10 12/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

8-Número da Carteira 0103179994060081969	9-Pré-Prestador POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/07/10 12/12/11	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 89800340058714
---	--	---	---	---

13-Nome LUCIANO FILGUEIRAS DA SILVA MO	14-Data de Emissão 16/08/1986	15-Data Validade da Carteira LUCIANO FILGUEIRAS DA SILVA MO
---	----------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Número no CRO 21767	19-UF RJ	20-Código CBO S 601 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010281126077001	22-Nome do Contratado Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Número no CRO 21767	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Escrutante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	27-Número no CRO 21767	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QUI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Alíq.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00	0,00		23/11/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

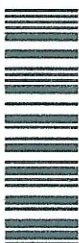
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Procedimento	46-Tipo de Procedimento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia Co-participação R\$
---------------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------	--------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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 atuar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(a) 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, do profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com as custas conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

404549
INTERCÂMBIO

16-Abastecimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Número no CNIO 21767	19-UF RJ	20-Código CBO 5
21-Código na Secretaria do CNIO - CFE	22-Nome do Concedente Especializado RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Número no CNIO 21767	24-UF RJ	25-Código CBO 5
101218111216107771010111				
26-Atividade do Profissional Especialista RACHEL MARIA SOUZA SOARES		27-Número no CNIO 21767	28-UF RJ	29-Código CBO 5
801 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 05100200				



**390805
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 06/11/10 4-Dia de Autorização 08/11/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Setor 50197368 7-Dia Validade da Guia 04/10/11

8-Numero da Carteira 00379994066005083 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Dia Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 700503501213255

13-Nome LIVIA SILVEIRA PIRES 26/06/1996 14-Telefone (21) 996266230 15-Nome do titular do plano LIVIA SILVEIRA PIRES

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 18-Numero no CRO 21767 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02812607700 22-Nome do Contratado Excludente RACHEL MARIA SOUZA SOARES 23-Numero no CRO 21767 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excludente RACHEL MARIA SOUZA SOARES 27-Numero no CRO 21767 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fuso	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00					
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00	0,00					
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00	0,00					
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Paralelo 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-Fracionado 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 ancor 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 e 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.

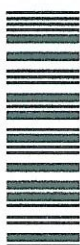
49-Operadora 50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



385617
INTERCÂMBIO

[Handwritten signature]

2-N-

422734
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
705000234770150

14-12-2013
(1) 99344 5015
15-NOME DO titular do plano
DAYSE DOS SANTOS GUIMARAES

Page 19 of 20

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(1) 85100218

(j) 85100218

pag. 30 R\$ 39-Aul 4

11/11/11

☒	☐
☐	☐

11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

U

[illegible]

Category	Sub-category	Value
Total	Overall	100
	Male	50
	Female	50
	Age	100
Age	0-10	10
	11-20	20
	21-30	30
	31-40	40
Gender	Male	50
	Female	50
	Age	100
	Gender	100

7-Valor Total R\$

...mpir as orientações de
...minha conta, no perfil

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

...the ... of ...

11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



411036
INTERCAMBIO

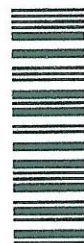
1-Registro ANS 406414		3-Dados da Empresa da Guia 0/4/11/1/2/0		4-Dados da Autorização 0/4/11/1/2/0		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50203587		7-Dados da Validade da Sentença 0/2/1/0/2/1/1	
8-Dados da Beneficiária 0/0/3/7/1/1/1/8/0/0/2/5/8/7/0/0/6/1		9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		10-Endereço APEFRIO PLPART		11-Dados da Validade da Guia 0/2/1/0/2/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705000234770150		13-Nome DAYSE DOS SANTOS GUIMARAES	
14-Dados do Contratado (Razão Social) e do Tratamento RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
15-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES		16-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES		17-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES		18-Número no CNIO 21767		19-Código CBO 5 21767		20-Código CBO 5 21767	
21-Código na Operadora, CNPJ, CPF 0/2/1/8/1/2/6/1/0/7/7/0/0/1/1											
22-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
23-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
24-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
25-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
26-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
27-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
28-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
29-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
30-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
31-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
32-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
33-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
34-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
35-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
36-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
37-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
38-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
39-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
40-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
41-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
42-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
43-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
44-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
45-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
46-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
47-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
48-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
49-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
50-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
51-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
52-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
53-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
54-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
55-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
56-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
57-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
58-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
59-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
60-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
61-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
62-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
63-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
64-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
65-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
66-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
67-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
68-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
69-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
70-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
71-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
72-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
73-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
74-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
75-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
76-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
77-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
78-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
79-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
80-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
81-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
82-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
83-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
84-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
85-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
86-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
87-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
88-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
89-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
90-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
91-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
92-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
93-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
94-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
95-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
96-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
97-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
98-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
99-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
100-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES											



transmitido para o CNV

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

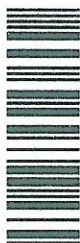
2.42



420692
INTERCAMBIO

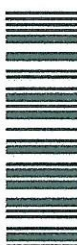
1-Registro AUS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autuação 11/11/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206681	7-Data Vencida da Série 11/11/2011
8-Número da Carteira 01037000030354717			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11
12-Nome ANA CARLA DA SILVA PEREIRA			13-Data de Emissão 02/12/1990	14-Tipologia (24) 976242855	15-Nome do titular do plano ANA CARLA DA SILVA PEREIRA
16-Atendimento a RV N			17-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Número no CBO 21767	19-UF RJ
21-Código na Operadora CUPU / CPF 02811260770011			22-Nome do Contratado Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES	23-Número no CBO 21767	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Encarregado RACHEL MARIA SOUZA SOARES			26-Número no CBO 21767	27-UF RJ	28-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Propostos					
30-Boleia 1-0101811000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dominante 1	34-Fee 1	35-Cust 34,00
2-0101811000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00
3-0101811000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00
4-0101811000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00
5-0101811000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	3,60	0,00
6-1111111111111					
7-1111111111111					
8-1111111111111					
9-1111111111111					
10-1111111111111					
11-1111111111111					
12-1111111111111					
13-1111111111111					
14-1111111111111					
15-1111111111111					
43-Data Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Total Total R\$ 10,00	48-Total Faturado / Coparticipação R\$ 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 acatar com os custos previstos em contrato. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 Responsável Dente 23/11/11	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 23/11/11	53-Data, local e Contorno da Empresa 11/11/11		

23



52-03a - Anel e Assinatura do Proprietário	52-03b - Anel e Assinatura do Proprietário Responsável
	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

414538
INTERCÂMBIO[illegible]

30-Endeço	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Domínio Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volts	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Min	40-Dia de Realização	41-Máximo de Glicose 42-Assinatura	
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0		S	23/11	20	6
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,0		S	23/11	20	6
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	0,0		S	23/11	20	6
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	0,0		S	23/11	20	6
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	0,0		S	23/11	20	6
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dias Previstos Tempo do Tratamento 44-Tipo da Abordagem 45-Tipo de Paliativo 46-Total Quantidade US 47-Volts Total R\$ 48-Total Franquia Co-participação R\$

☐ *Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Códigos 4-Rychinal/Emergência
 ☐ *Total Cervical
 17800
 0000
 0000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as possibilidades, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em contrato. De acordo, ainda que o(s) profissional(es) descrito(s) acima, e por minha conta, tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma voluntária, Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

extrínsecas migratorias: (muchas, pero, como el club) : (a los muyos frecuente),

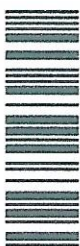
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	____/____/____			
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	23/11/20			
52-Dia e Assinatura do Ambulatório Responder	23/11/20	5	Yvonne	
53-Dia, local e Centro da Empresa	____/____/____			

2400 / 13 sek / 22 sek / 23 sek / 36 sek

2404

fructuosa &

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



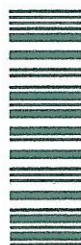
Lead. Johnsons ATN 1000 989

fig 2 Zu Minuten der wo fix
doneall?



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



415693
INTERCAMBIO

Requisição para emissão

1-Registro ANS
406414

2-Dia de Emissão da Guia
11/01/11 11/210

3-Dia de Autorização
11/01/11 11/210

4-Sentença
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
50205024

6-Dia Validada da Sentença
10/01/10 12/1211

7-Dia de Beneficiário

8-Número do Cadastro
01037999406321212311

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Dia Validada da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704102403747250

13-Nome
BERNARDO PINHEIRO MONTEIRO

09/01/2015

14-Número
96468033

15-Nome do titular do plano
BERNARDO PINHEIRO MONTEIRO

16-Abandono a RV

17-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

18-Número no CRO
21767

19-Número no CRO
21767

20-Número no CRO
21767

21-Número no CRO
21767

22-Código CBO S
801 -

23-Código CBO S
801 -

24-Código CBO S
801 -

25-Código CBO S
801 -

26-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

27-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

28-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

29-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

30-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

31-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

32-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

33-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

34-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

35-Nome do Profissional Excludente
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

36-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

37-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

38-Código do Procedimento
1

39-Código do Procedimento
1

40-Código do Procedimento
1

41-Código do Procedimento
1

42-Código do Procedimento
1

43-Código do Procedimento
1

44-Código do Procedimento
1

45-Código do Procedimento
1

46-Código do Procedimento
1

47-Código do Procedimento
1

48-Código do Procedimento
1

49-Código do Procedimento
1

50-Código do Procedimento
1

51-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

52-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

53-Código do Procedimento
1

54-Código do Procedimento
1

55-Código do Procedimento
1

56-Código do Procedimento
1

57-Código do Procedimento
1

58-Código do Procedimento
1

59-Código do Procedimento
1

60-Código do Procedimento
1

61-Código do Procedimento
1

62-Código do Procedimento
1

63-Código do Procedimento
1

64-Código do Procedimento
1

65-Código do Procedimento
1

66-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

67-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

68-Código do Procedimento
1

69-Código do Procedimento
1

70-Código do Procedimento
1

71-Código do Procedimento
1

72-Código do Procedimento
1

73-Código do Procedimento
1

74-Código do Procedimento
1

75-Código do Procedimento
1

76-Código do Procedimento
1

77-Código do Procedimento
1

78-Código do Procedimento
1

79-Código do Procedimento
1

80-Código do Procedimento
1

81-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

82-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

83-Código do Procedimento
1

84-Código do Procedimento
1

85-Código do Procedimento
1

86-Código do Procedimento
1

87-Código do Procedimento
1

88-Código do Procedimento
1

89-Código do Procedimento
1

90-Código do Procedimento
1

91-Código do Procedimento
1

92-Código do Procedimento
1

93-Código do Procedimento
1

94-Código do Procedimento
1

95-Código do Procedimento
1

96-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

97-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

98-Código do Procedimento
1

99-Código do Procedimento
1

100-Código do Procedimento
1

101-Código do Procedimento
1

102-Código do Procedimento
1

103-Código do Procedimento
1

104-Código do Procedimento
1

105-Código do Procedimento
1

106-Código do Procedimento
1

107-Código do Procedimento
1

108-Código do Procedimento
1

109-Código do Procedimento
1

110-Código do Procedimento
1

111-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

112-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

113-Código do Procedimento
1

114-Código do Procedimento
1

115-Código do Procedimento
1

116-Código do Procedimento
1

117-Código do Procedimento
1

118-Código do Procedimento
1

119-Código do Procedimento
1

120-Código do Procedimento
1

121-Código do Procedimento
1

122-Código do Procedimento
1

123-Código do Procedimento
1

124-Código do Procedimento
1

125-Código do Procedimento
1

126-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

127-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

128-Código do Procedimento
1

129-Código do Procedimento
1

130-Código do Procedimento
1

131-Código do Procedimento
1

132-Código do Procedimento
1

133-Código do Procedimento
1

134-Código do Procedimento
1

135-Código do Procedimento
1

136-Código do Procedimento
1

137-Código do Procedimento
1

138-Código do Procedimento
1

139-Código do Procedimento
1

140-Código do Procedimento
1

141-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

142-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

143-Código do Procedimento
1

144-Código do Procedimento
1

145-Código do Procedimento
1

146-Código do Procedimento
1

147-Código do Procedimento
1

148-Código do Procedimento
1

149-Código do Procedimento
1

150-Código do Procedimento
1

151-Código do Procedimento
1

152-Código do Procedimento
1

153-Código do Procedimento
1

154-Código do Procedimento
1

155-Código do Procedimento
1

156-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

157-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

158-Código do Procedimento
1

159-Código do Procedimento
1

160-Código do Procedimento
1

161-Código do Procedimento
1

162-Código do Procedimento
1

163-Código do Procedimento
1

164-Código do Procedimento
1

165-Código do Procedimento
1

166-Código do Procedimento
1

167-Código do Procedimento
1

168-Código do Procedimento
1

169-Código do Procedimento
1

170-Código do Procedimento
1

171-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

172-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

173-Código do Procedimento
1

174-Código do Procedimento
1

175-Código do Procedimento
1

176-Código do Procedimento
1

177-Código do Procedimento
1

178-Código do Procedimento
1

179-Código do Procedimento
1

180-Código do Procedimento
1

181-Código do Procedimento
1

182-Código do Procedimento
1

183-Código do Procedimento
1

184-Código do Procedimento
1

185-Código do Procedimento
1

186-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

187-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

188-Código do Procedimento
1

189-Código do Procedimento
1

190-Código do Procedimento
1

191-Código do Procedimento
1

192-Código do Procedimento
1

193-Código do Procedimento
1

194-Código do Procedimento
1

195-Código do Procedimento
1

196-Código do Procedimento
1

197-Código do Procedimento
1

198-Código do Procedimento
1

199-Código do Procedimento
1

200-Código do Procedimento
1

201-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

202-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

203-Código do Procedimento
1

204-Código do Procedimento
1

205-Código do Procedimento
1

206-Código do Procedimento
1

207-Código do Procedimento
1

208-Código do Procedimento
1

209-Código do Procedimento
1

210-Código do Procedimento
1

211-Código do Procedimento
1

212-Código do Procedimento
1

213-Código do Procedimento
1

214-Código do Procedimento
1

215-Código do Procedimento
1

216-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

217-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

218-Código do Procedimento
1

219-Código do Procedimento
1

220-Código do Procedimento
1

221-Código do Procedimento
1

222-Código do Procedimento
1

223-Código do Procedimento
1

224-Código do Procedimento
1

225-Código do Procedimento
1

226-Código do Procedimento
1

227-Código do Procedimento
1

228-Código do Procedimento
1

229-Código do Procedimento
1

230-Código do Procedimento
1

231-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

232-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

233-Código do Procedimento
1

234-Código do Procedimento
1

235-Código do Procedimento
1

236-Código do Procedimento
1

237-Código do Procedimento
1

238-Código do Procedimento
1

239-Código do Procedimento
1

240-Código do Procedimento
1

241-Código do Procedimento
1

242-Código do Procedimento
1

243-Código do Procedimento
1

244-Código do Procedimento
1

245-Código do Procedimento
1

246-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

247-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

248-Código do Procedimento
1

249-Código do Procedimento
1

250-Código do Procedimento
1

251-Código do Procedimento
1

252-Código do Procedimento
1

253-Código do Procedimento
1

254-Código do Procedimento
1

255-Código do Procedimento
1

256-Código do Procedimento
1

257-Código do Procedimento
1

258-Código do Procedimento
1

259-Código do Procedimento
1

260-Código do Procedimento
1

261-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

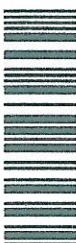
262-Código do Procedimento
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

263-Código do Procedimento
1

264-Código do Procedimento
1

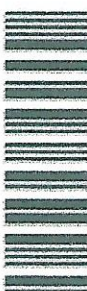
265-Código do Procedimento
1

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



384931
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/8/10 3-Data de Autorização 12/9/10 4-Senha AUTORIZADO 5-Numero de Guia Principal 50195074 6-Data Validada da Guia 12/7/11 7-Data Validada da Senha 12/12/10

8-Numero da Carteira 00379994059038753 9-Fone POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validada da Carteira 12/12/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde DANIELLE CRISTINA GOMES FARIA

13-Nome DANIELLE CRISTINA GOMES FARIA 14-Tipo 15-Numero no CRO 21767 16-Data Validada da Carteira 17-Data Validada da Senha 18-Numero do Cartão Nacional de Saúde 19-Valor 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 89100200

20-Data de Tratamento 31/12/1990 21-Código no Operador / CNPJ / CPF 028126077010 22-Nome do Contratado Exercitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 23-Numero no CRO 21767 24-UF RJ 25-Código CNES 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 89100200

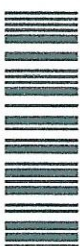
26-Nome do Profissional Exercitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES 27-Numero no CRO 21767 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Valor 32-Franquia/Co-participação R\$ 33-Data de Realização 34-Motivo da Guia 35-Assinatura

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	17	V	1	6 1 0 0 0	0,00	0,00	S	04/11/10	384931	Daniel
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	28	OV	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	S	04/11/10	384931	Daniel
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

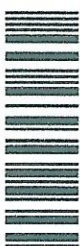
43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Assinamento 45-Tipo de Assinamento 46-Tipo de Assinamento 47-Tipo de Assinamento 48-Tipo de Assinamento 49-Tipo de Assinamento 50-Tipo de Assinamento 51-Tipo de Assinamento 52-Tipo de Assinamento 53-Tipo de Assinamento 54-Tipo de Assinamento 55-Tipo de Assinamento 56-Tipo de Assinamento 57-Tipo de Assinamento 58-Tipo de Assinamento 59-Tipo de Assinamento 60-Tipo de Assinamento 61-Tipo de Assinamento 62-Tipo de Assinamento 63-Tipo de Assinamento 64-Tipo de Assinamento 65-Tipo de Assinamento 66-Tipo de Assinamento 67-Tipo de Assinamento 68-Tipo de Assinamento 69-Tipo de Assinamento 70-Tipo de Assinamento 71-Tipo de Assinamento 72-Tipo de Assinamento 73-Tipo de Assinamento 74-Tipo de Assinamento 75-Tipo de Assinamento 76-Tipo de Assinamento 77-Tipo de Assinamento 78-Tipo de Assinamento 79-Tipo de Assinamento 80-Tipo de Assinamento 81-Tipo de Assinamento 82-Tipo de Assinamento 83-Tipo de Assinamento 84-Tipo de Assinamento 85-Tipo de Assinamento 86-Tipo de Assinamento 87-Tipo de Assinamento 88-Tipo de Assinamento 89-Tipo de Assinamento 90-Tipo de Assinamento 91-Tipo de Assinamento 92-Tipo de Assinamento 93-Tipo de Assinamento 94-Tipo de Assinamento 95-Tipo de Assinamento 96-Tipo de Assinamento 97-Tipo de Assinamento 98-Tipo de Assinamento 99-Tipo de Assinamento 100-Tipo de Assinamento

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Proprietário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura da Empresa 55-Data, local e Assinatura da Empresa 56-Data, local e Assinatura da Empresa 57-Data, local e Assinatura da Empresa 58-Data, local e Assinatura da Empresa 59-Data, local e Assinatura da Empresa 60-Data, local e Assinatura da Empresa 61-Data, local e Assinatura da Empresa 62-Data, local e Assinatura da Empresa 63-Data, local e Assinatura da Empresa 64-Data, local e Assinatura da Empresa 65-Data, local e Assinatura da Empresa 66-Data, local e Assinatura da Empresa 67-Data, local e Assinatura da Empresa 68-Data, local e Assinatura da Empresa 69-Data, local e Assinatura da Empresa 70-Data, local e Assinatura da Empresa 71-Data, local e Assinatura da Empresa 72-Data, local e Assinatura da Empresa 73-Data, local e Assinatura da Empresa 74-Data, local e Assinatura da Empresa 75-Data, local e Assinatura da Empresa 76-Data, local e Assinatura da Empresa 77-Data, local e Assinatura da Empresa 78-Data, local e Assinatura da Empresa 79-Data, local e Assinatura da Empresa 80-Data, local e Assinatura da Empresa 81-Data, local e Assinatura da Empresa 82-Data, local e Assinatura da Empresa 83-Data, local e Assinatura da Empresa 84-Data, local e Assinatura da Empresa 85-Data, local e Assinatura da Empresa 86-Data, local e Assinatura da Empresa 87-Data, local e Assinatura da Empresa 88-Data, local e Assinatura da Empresa 89-Data, local e Assinatura da Empresa 90-Data, local e Assinatura da Empresa 91-Data, local e Assinatura da Empresa 92-Data, local e Assinatura da Empresa 93-Data, local e Assinatura da Empresa 94-Data, local e Assinatura da Empresa 95-Data, local e Assinatura da Empresa 96-Data, local e Assinatura da Empresa 97-Data, local e Assinatura da Empresa 98-Data, local e Assinatura da Empresa 99-Data, local e Assinatura da Empresa 100-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

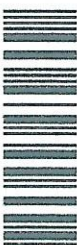
[illegible]

242



51-Delo, Posel e Assinatura do Príncipe-Denário

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

421677
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708000345368223

15-Noma do titular do plano
HELENA DAFON DE ALBUQUERQUE

Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

27-Número no CRC
2176733-0

CONSULTA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIA: POLIMENTOS

PROFILAXIA: POLIMENTOS

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

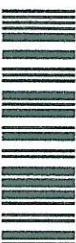
Exame Radiológico

no a arcar com os custos conforme p

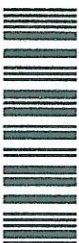
© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–401

2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

422934
INTERCÂMBIO

30-Setor	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Conteúdo Regiões	34-Faixa	35-CM	36-Quantidade US	37-Volts	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Jornal de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0		0,0	0,0		24
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,0		0,0	0,0		24
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	0,0		0,0	0,0		24
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	0,0		0,0	0,0		24
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	0,0		0,0	0,0		24
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Volts Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1	1	1	17,8	0,0	0,0							

2-N⁺422933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/9/11/20	3-Data de Autorização 11/9/11/20	4-Conta AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 50207425	6-Data Validada da Guia 11/7/012/21
7-Endereço do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0003379994060003180051	9-Estado POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GENELVINA TERESA D	11-Data Validada da Carteira 11/1/11/11	12-Plano de Saúde Nacional da Saúde 709003341986529	
13-Nome STEPHANY KILDARE DE OLIVEIRA S					
14-Data de Criação do Benefício pelo Registrante 24/04/2004					
15-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES					
16-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	18-Número no CNO 21767	19-UF RJ	20-Código CNO S 801 -	21-Fatura Empresa Faturar Empresa
22-Código na Operação CNOJ CPT 01281216017100	23-Nome do Contratado Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES	24-Número no CNO 21767	25-UF RJ	26-Código CNO S 801 -	27-Fatura Empresa Faturar Empresa
28-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES					
29-Número no CNO 21767					
30-UF RJ					
31-Código CNO S 801 -					
32-Fatura Empresa Faturar Empresa					

30-Data	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Preço	35-Códig	36-Quantidade US	37-Valeor	38-Parâmetro de Participação R\$	39-Aut	40-Preço de Realização	41-Método de Pagamento	42-Data, Local e Assinatura do Responsável
1-10-0	18-1-0-0-0-0-3-0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3,4	0,0	0	0,0	0	1	3,4	0,0	1
2-10-0	18-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0,0	0	0,0	0	1	3,6	0,0	1
3-10-0	18-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0,0	0	0,0	0	1	3,6	0,0	1
4-10-0	18-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0,0	0	0,0	0	1	3,6	0,0	1
5-10-0	18-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	3,6	0,0	0	0,0	0	1	3,6	0,0	1
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

30-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

31-Código e Assinatura do Anestesiologista

32-Data, Local e Assinatura do Responsável

33-Quantidade

34-Preço

35-Códig

36-Quantidade US

37-Valeor

38-Parâmetro de Participação R\$

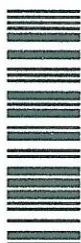
39-Aut

40-Preço de Realização

41-Método de Pagamento

42-Data, Local e Assinatura do Responsável

22

[illegible]



419392
INTERCÂMBIO

Contratado para todo Brasil

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
16/11/2011

4-Data de Autorização
16/11/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50206249

7-Data Validade da Senha
14/10/2012

Endereço do Beneficiário

8-Número da Carteira
0003700000021980074

9-Funo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

13-Nome
LEILA BARBOTE DA SILVA

14-Data de Nascimento
25/12/1958

15-Data de Validade da Guia
16/11/2011

16-Data de Autorização
16/11/2011

17-Data Validade da Senha
14/10/2012

18-Data Validade da Carteira
11/11/11

19-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

20-Número da Carteira
0003700000021980074

21-Funo
POS REDE PRESTADORA

22-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

23-Data Validade da Carteira
11/11/11

24-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

25-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

26-Data de Nascimento
25/12/1958

27-Data de Autorização
16/11/2011

28-Data Validade da Senha
14/10/2012

29-Data Validade da Carteira
11/11/11

30-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

31-Número da Carteira
0003700000021980074

32-Funo
POS REDE PRESTADORA

33-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

34-Data Validade da Carteira
11/11/11

35-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

36-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

37-Data de Nascimento
25/12/1958

38-Data de Autorização
16/11/2011

39-Data Validade da Senha
14/10/2012

40-Data Validade da Carteira
11/11/11

41-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

42-Número da Carteira
0003700000021980074

43-Funo
POS REDE PRESTADORA

44-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

45-Data Validade da Carteira
11/11/11

46-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

47-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

48-Data de Nascimento
25/12/1958

49-Data de Autorização
16/11/2011

50-Data Validade da Senha
14/10/2012

51-Data Validade da Carteira
11/11/11

52-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

53-Número da Carteira
0003700000021980074

54-Funo
POS REDE PRESTADORA

55-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

56-Data Validade da Carteira
11/11/11

57-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

58-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

59-Data de Nascimento
25/12/1958

60-Data de Autorização
16/11/2011

61-Data Validade da Senha
14/10/2012

62-Data Validade da Carteira
11/11/11

63-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

64-Número da Carteira
0003700000021980074

65-Funo
POS REDE PRESTADORA

66-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

67-Data Validade da Carteira
11/11/11

68-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

69-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

70-Data de Nascimento
25/12/1958

71-Data de Autorização
16/11/2011

72-Data Validade da Senha
14/10/2012

73-Data Validade da Carteira
11/11/11

74-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

75-Número da Carteira
0003700000021980074

76-Funo
POS REDE PRESTADORA

77-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

78-Data Validade da Carteira
11/11/11

79-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

80-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

81-Data de Nascimento
25/12/1958

82-Data de Autorização
16/11/2011

83-Data Validade da Senha
14/10/2012

84-Data Validade da Carteira
11/11/11

85-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

86-Número da Carteira
0003700000021980074

87-Funo
POS REDE PRESTADORA

88-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

89-Data Validade da Carteira
11/11/11

90-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

91-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

92-Data de Nascimento
25/12/1958

93-Data de Autorização
16/11/2011

94-Data Validade da Senha
14/10/2012

95-Data Validade da Carteira
11/11/11

96-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

97-Número da Carteira
0003700000021980074

98-Funo
POS REDE PRESTADORA

99-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

100-Data Validade da Carteira
11/11/11

101-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

102-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

103-Data de Nascimento
25/12/1958

104-Data de Autorização
16/11/2011

105-Data Validade da Senha
14/10/2012

106-Data Validade da Carteira
11/11/11

107-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

Endereço do Beneficiário

108-Número da Carteira
0003700000021980074

109-Funo
POS REDE PRESTADORA

110-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

111-Data Validade da Carteira
11/11/11

112-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

113-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

114-Data de Nascimento
25/12/1958

115-Data de Autorização
16/11/2011

116-Data Validade da Senha
14/10/2012

117-Data Validade da Carteira
11/11/11

118-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

119-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

120-Data de Nascimento
25/12/1958

121-Data de Autorização
16/11/2011

122-Data Validade da Senha
14/10/2012

123-Data Validade da Carteira
11/11/11

124-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

125-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

126-Data de Nascimento
25/12/1958

127-Data de Autorização
16/11/2011

128-Data Validade da Senha
14/10/2012

129-Data Validade da Carteira
11/11/11

130-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

131-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

132-Data de Nascimento
25/12/1958

133-Data de Autorização
16/11/2011

134-Data Validade da Senha
14/10/2012

135-Data Validade da Carteira
11/11/11

136-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

137-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

138-Data de Nascimento
25/12/1958

139-Data de Autorização
16/11/2011

140-Data Validade da Senha
14/10/2012

141-Data Validade da Carteira
11/11/11

142-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

143-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

144-Data de Nascimento
25/12/1958

145-Data de Autorização
16/11/2011

146-Data Validade da Senha
14/10/2012

147-Data Validade da Carteira
11/11/11

148-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

149-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

150-Data de Nascimento
25/12/1958

151-Data de Autorização
16/11/2011

152-Data Validade da Senha
14/10/2012

153-Data Validade da Carteira
11/11/11

154-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

155-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

156-Data de Nascimento
25/12/1958

157-Data de Autorização
16/11/2011

158-Data Validade da Senha
14/10/2012

159-Data Validade da Carteira
11/11/11

160-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

161-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

162-Data de Nascimento
25/12/1958

163-Data de Autorização
16/11/2011

164-Data Validade da Senha
14/10/2012

165-Data Validade da Carteira
11/11/11

166-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

167-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

168-Data de Nascimento
25/12/1958

169-Data de Autorização
16/11/2011

170-Data Validade da Senha
14/10/2012

171-Data Validade da Carteira
11/11/11

172-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

173-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

174-Data de Nascimento
25/12/1958

175-Data de Autorização
16/11/2011

176-Data Validade da Senha
14/10/2012

177-Data Validade da Carteira
11/11/11

178-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

179-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

180-Data de Nascimento
25/12/1958

181-Data de Autorização
16/11/2011

182-Data Validade da Senha
14/10/2012

183-Data Validade da Carteira
11/11/11

184-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

185-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

186-Data de Nascimento
25/12/1958

187-Data de Autorização
16/11/2011

188-Data Validade da Senha
14/10/2012

189-Data Validade da Carteira
11/11/11

190-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

191-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

192-Data de Nascimento
25/12/1958

193-Data de Autorização
16/11/2011

194-Data Validade da Senha
14/10/2012

195-Data Validade da Carteira
11/11/11

196-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

197-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

198-Data de Nascimento
25/12/1958

199-Data de Autorização
16/11/2011

200-Data Validade da Senha
14/10/2012

201-Data Validade da Carteira
11/11/11

202-Número do Centro Nacional de Saúde
708406209917761

203-Nome
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

204-Data de Nascimento
25/12/1958

205-Data de Autorização
16/11/2011

206-Data Validade da Senha
14/10/2012



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



418255
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11/11/2011	4-Data de Autoração 11/13/11/11/2011	5-Data AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205796	7-Data Validada da Senha 11/11/10/21/2011
--------------------------	---	---	----------------------	--	--

8-Data de Realização 01/03/17/00/00/03/2016/04/11/19	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SDR DATA GESTAO DE	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004662074209
---	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome RICARDO NEUBERGER LEDA ALVES	14-Endereço RUA DE ABRIL 1111, 1111, 1111-1111-1111	15-Endereço do titular do plano SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES
---	--	---

16-Atendimento a RN RACHEL MARIA SOUZA SOARES	17-Número do Contrato de Seguro 21767	18-UF RJ	19-Código CBO S 801 -
--	--	-------------	--------------------------

20-Código na Carteira 012812607700	21-Número do Contrato de Seguro RACHEL MARIA SOUZA SOARES	22-UF RJ	23-Código CBO S Faturar Empresa
---------------------------------------	--	-------------	------------------------------------

24-Nome do Profissional Examinado RACHEL MARIA SOUZA SOARES	25-Número no CBO 21767	26-UF RJ	27-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento e Procedimentos Odontológicos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-0	0	81000030				1	34,00			01/11/2011		David
2-0	0	84000090				1	72,00			01/11/2011		David
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Realização	46-Tipo de Realização	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$

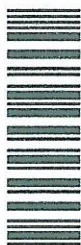
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(são) realizado(s) com minha consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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-Observações

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável	54-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável



2-N

418256
INTERC

400614		30-Dia da Entrega da Guia		40-Dia da Autopreço		50-Senha		60-Numero da Guia Principal		70-Dia Validade da Senha		418256 INTERCÂMBIO	
10-03700000000320604000		11311120		11311120		AUTORIZADO		50205797		111002121			
9-Numero da Contas		9-Plano		9-Plano		9-Plano		9-Plano		9-Plano			
DANIELA NEUBERGER LEDA		POS REDE PRESTADORA		POS REDE PRESTADORA		POS REDE PRESTADORA		POS REDE PRESTADORA		POS REDE PRESTADORA			
07/08/1975													
15-Nome do Profissional Solicitante		15-Nome do Profissional Solicitante		15-Nome do Profissional Solicitante		15-Nome do Profissional Solicitante		15-Nome do Profissional Solicitante		15-Nome do Profissional Solicitante			
RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES			
21-Código na Operadora CNPJ / CPF		21-Código na Operadora CNPJ / CPF		21-Código na Operadora CNPJ / CPF		21-Código na Operadora CNPJ / CPF		21-Código na Operadora CNPJ / CPF		21-Código na Operadora CNPJ / CPF			
1021812607700		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES			
25-Nome do Profissional Executante		25-Nome do Profissional Executante		25-Nome do Profissional Executante		25-Nome do Profissional Executante		25-Nome do Profissional Executante		25-Nome do Profissional Executante			
RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES		RACHEL MARIA SOUZA SOARES			
27-Numero no CRO		27-Numero no CRO		27-Numero no CRO		27-Numero no CRO		27-Numero no CRO		27-Numero no CRO			
21767		21767		21767		21767		21767		21767			
29-UF		29-UF		29-UF		29-UF		29-UF		29-UF			
RJ		RJ		RJ		RJ		RJ		RJ			
23-Código CBO S		23-Código CBO S		23-Código CBO S		23-Código CBO S		23-Código CBO S		23-Código CBO S			
801 -		801 -		801 -		801 -		801 -		801 -			
Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa		Faturar Empresa			
11-Dia Validade da Carteira		11-Dia Validade da Carteira		11-Dia Validade da Carteira		11-Dia Validade da Carteira		11-Dia Validade da Carteira		11-Dia Validade da Carteira			
107602202853894		107602202853894		107602202853894		107602202853894		107602202853894		107602202853894			
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde			
SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES			
13-Nome		13-Nome		13-Nome		13-Nome		13-Nome		13-Nome			
DANIELA NEUBERGER LEDA		DANIELA NEUBERGER LEDA		DANIELA NEUBERGER LEDA		DANIELA NEUBERGER LEDA		DANIELA NEUBERGER LEDA		DANIELA NEUBERGER LEDA			
14-Tipo de Atendimento		14-Tipo de Atendimento		14-Tipo de Atendimento		14-Tipo de Atendimento		14-Tipo de Atendimento		14-Tipo de Atendimento			
CONSULTA ODONTOLÓGICA		CONSULTA ODONTOLÓGICA		CONSULTA ODONTOLÓGICA		CONSULTA ODONTOLÓGICA		CONSULTA ODONTOLÓGICA		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/4/11 10:20

4-Data de Autorização
11/4/11 10:20

6-Sintha
AUTORIZADO

8-Número da Guia Principal
50198743

7-Data Validade da Sintha
11/2/10 11:21

395291
INTERCÂMBIO

Endereço do Beneficiário

8-Número da Carteira
000370000014685585

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
IBBCA CRP 25760

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
70540442973493

13-Nome
JOAO PAULO VALENTE GUARABYRA P

17/03/2012

14-Relatório
991058120

15-Nome do titular do plano
SIMONE VALENTE GUARABYRA PASSO

Endereço do Contatado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

17-Nome do Profissional Solicitante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

18-Número no CRO
21767

19-UF
RJ

20-Código OBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
02812607700

22-Nome do Contatado Executante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

23-Número no CRO
21767

24-UF
RJ

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Executante
RACHEL MARIA SOUZA SOARES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Sessão	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00					
2-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00					
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	106,00	0,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

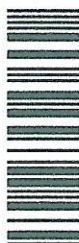
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

421687
INTERCÂMBIO[illegible]

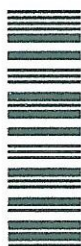


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420028
INTERCÂMBIO

4-Registro AAS 406814		3-Data de Emissão da Guia 11/01/11/210		4-Data de Autuação 11/01/11/210		5-Senha AUTORIZADO		6-Salário de Guia Principal 50208467		7-Data Validação da Guia 11/01/12/211	
8-Número da Carteira 101371000015192396		9-Data de Exatidão 22/04/2001		10-Endereço UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702405519567929		13-Data Validação da Guia 11/01/12/211	
14-Nome do Profissional Solicitante RACHEL MARIA SOUZA SOARES		15-Nome do Contrato Executado RACHEL MARIA SOUZA SOARES		16-Número no CNO 21767		17-Número no CNO 21767		18-Código CBO S 801 -		19-Faturar Empresa	
20-Código na Operadora CNOJ / CPF 10128112610771010		21-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES		22-Número no CNO 21767		23-Código CBO S 801 -		24-Faturar Empresa		25-Data Validade da Guia 11/01/12/211	
26-Nome do Profissional Executante RACHEL MARIA SOUZA SOARES											
27-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
28-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
29-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
30-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
31-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
32-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
33-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
34-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
35-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
36-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
37-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
38-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
39-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
40-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
41-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
42-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
43-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
44-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
45-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
46-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
47-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
48-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
49-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
50-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
51-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
52-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
53-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
54-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
55-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
56-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
57-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
58-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
59-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
60-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
61-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
62-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
63-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
64-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
65-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
66-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
67-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
68-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
69-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
70-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
71-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
72-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
73-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
74-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
75-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
76-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
77-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
78-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
79-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
80-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
81-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
82-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
83-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
84-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
85-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
86-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
87-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
88-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
89-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
90-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
91-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
92-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
93-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
94-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
95-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
96-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
97-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
98-Data Validade da Guia 11/01/12/211											
99-Data Validade da Guia 11/01/12/211 </											

2-N

VICTORIA SANJOS SOLLERO SILVA

RACHEL MARIA SOUZA SOARES

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

1011

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

1-Data local e Assinatura do Cliente: 22/01/20 

24011120 N:di

53-Data, local e Carimbo da Empresa

☐



1 - Registro AIS		3 - Nome do Operadora		4 - Objeto do Recurso	
2 - Nº Guia no Prestador		UNIMED SAÚDE E ODONTO SA		2	
5 - Número da Guia do Recurso da Gloriosa Autoridade		7 - Nome do Contratado		5 - Número da Guia do Recurso da Gloriosa Autoridade	
020812607700		2167RJ - RACHEL MARIA SOUZA SOARES		402193	
8 - Número do Lote		9 - Número do Procedimento		10 - Código da Gloriosa do Procedimento	
11 - Número da Guia no Prestador		12 - Situação		13 - Beneficiário	
368529		RECURSO DE		0037000000491570 - SUELY MAGNO DA SILVA	
14 - Código da Gloriosa da Guia		15 - Justificativa no caso de recurso da Gloriosa a guia		16 - Justificativa	
17 - Data da Realização do Procedimento		18 - Data da Realização do Procedimento		19 - Descrição do Procedimento	
20 - Valor Recusado		21 - Denominação		22 - Faixa	
23 - Valor Aceito		24 - Quantidade		25 - Procedimento em Análise	
1 - 0 2 0 9 0 2 0 2 7		2 - 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6		3 - 0 4 0	
2 - 2 4 4 0		3 - 0 0 0		4 - 0 0 0	
3 - 0 0 0		4 - 0 0 0		5 - 0 0 0	
4 - 0 0 0		5 - 0 0 0		6 - 0 0 0	
5 - 0 0 0		6 - 0 0 0		7 - 0 0 0	
6 - 0 0 0		7 - 0 0 0		8 - 0 0 0	
7 - 0 0 0		8 - 0 0 0		9 - 0 0 0	
8 - 0 0 0		9 - 0 0 0		10 - 0 0 0	
9 - 0 0 0		10 - 0 0 0		11 - 0 0 0	
10 - 0 0 0		11 - 0 0 0		12 - 0 0 0	
11 - 0 0 0		12 - 0 0 0		13 - 0 0 0	
12 - 0 0 0		13 - 0 0 0		14 - 0 0 0	
13 - 0 0 0		14 - 0 0 0		15 - 0 0 0	
14 - 0 0 0		15 - 0 0 0		16 - 0 0 0	
15 - 0 0 0		16 - 0 0 0		17 - 0 0 0	
16 - 0 0 0		17 - 0 0 0		18 - 0 0 0	
17 - 0 0 0		18 - 0 0 0		19 - 0 0 0	
18 - 0 0 0		19 - 0 0 0		20 - 0 0 0	
19 - 0 0 0		20 - 0 0 0		21 - 0 0 0	
20 - 0 0 0		21 - 0 0 0		22 - 0 0 0	
21 - 0 0 0		22 - 0 0 0		23 - 0 0 0	
22 - 0 0 0		23 - 0 0 0		24 - 0 0 0	
23 - 0 0 0		24 - 0 0 0		25 - 0 0 0	
24 - 0 0 0		25 - 0 0 0		26 - 0 0 0	
25 - 0 0 0		26 - 0 0 0		27 - 0 0 0	
26 - 0 0 0		27 - 0 0 0		28 - 0 0 0	
27 - 0 0 0		28 - 0 0 0		29 - 0 0 0	
28 - 0 0 0		29 - 0 0 0		30 - 0 0 0	
29 - 0 0 0		30 - 0 0 0		31 - 0 0 0	
30 - 0 0 0		31 - 0 0 0		32 - 0 0 0	
31 - 0 0 0		32 - 0 0 0		33 - 0 0 0	
32 - 0 0 0		33 - 0 0 0		34 - 0 0 0	
33 - 0 0 0		34 - 0 0 0		35 - 0 0 0	
34 - 0 0 0		35 - 0 0 0		36 - 0 0 0	
35 - 0 0 0		36 - 0 0 0		37 - 0 0 0	
36 - 0 0 0		37 - 0 0 0		38 - 0 0 0	
37 - 0 0 0		38 - 0 0 0		39 - 0 0 0	
38 - 0 0 0		39 - 0 0 0		40 - 0 0 0	
39 - 0 0 0		40 - 0 0 0		41 - 0 0 0	
40 - 0 0 0		41 - 0 0 0		42 - 0 0 0	
41 - 0 0 0		42 - 0 0 0		43 - 0 0 0	
42 - 0 0 0		43 - 0 0 0		44 - 0 0 0	
43 - 0 0 0		44 - 0 0 0		45 - 0 0 0	
44 - 0 0 0		45 - 0 0 0		46 - 0 0 0	
45 - 0 0 0		46 - 0 0 0		47 - 0 0 0	
46 - 0 0 0		47 - 0 0 0		48 - 0 0 0	
47 - 0 0 0		48 - 0 0 0		49 - 0 0 0	
48 - 0 0 0		49 - 0 0 0		50 - 0 0 0	
49 - 0 0 0		50 - 0 0 0		51 - 0 0 0	
50 - 0 0 0		51 - 0 0 0		52 - 0 0 0	
51 - 0 0 0		52 - 0 0 0		53 - 0 0 0	
52 - 0 0 0		53 - 0 0 0		54 - 0 0 0	
53 - 0 0 0		54 - 0 0 0		55 - 0 0 0	
54 - 0 0 0		55 - 0 0 0		56 - 0 0 0	
55 - 0 0 0		56 - 0 0 0		57 - 0 0 0	
56 - 0 0 0		57 - 0 0 0		58 - 0 0 0	
57 - 0 0 0		58 - 0 0 0		59 - 0 0 0	
58 - 0 0 0		59 - 0 0 0		60 - 0 0 0	
59 - 0 0 0		60 - 0 0 0		61 - 0 0 0	
60 - 0 0 0		61 - 0 0 0		62 - 0 0 0	
61 - 0 0 0		62 - 0 0 0		63 - 0 0 0	
62 - 0 0 0		63 - 0 0 0		64 - 0 0 0	
63 - 0 0 0		64 - 0 0 0		65 - 0 0 0	
64 - 0 0 0		65 - 0 0 0		66 - 0 0 0	
65 - 0 0 0		66 - 0 0 0		67 - 0 0 0	
66 - 0 0 0		67 - 0 0 0		68 - 0 0 0	
67 - 0 0 0		68 - 0 0 0		69 - 0 0 0	
68 - 0 0 0		69 - 0 0 0		70 - 0 0 0	
69 - 0 0 0		70 - 0 0 0		71 - 0 0 0	
70 - 0 0 0		71 - 0 0 0		72 - 0 0 0	
71 - 0 0 0		72 - 0 0 0		73 - 0 0 0	
72 - 0 0 0		73 - 0 0 0		74 - 0 0 0	
73 - 0 0 0		74 - 0 0 0		75 - 0 0 0	
74 - 0 0 0		75 - 0 0 0		76 - 0 0 0	
75 - 0 0 0		76 - 0 0 0		77 - 0 0 0	
76 - 0 0 0		77 - 0 0 0		78 - 0 0 0	
77 - 0 0 0		78 - 0 0 0		79 - 0 0 0	
78 - 0 0 0		79 - 0 0 0		80 - 0 0 0	
79 - 0 0 0		80 - 0 0 0		81 - 0 0 0	
80 - 0 0 0		81 - 0 0 0		82 - 0 0 0	
81 - 0 0 0		82 - 0 0 0		83 - 0 0 0	
82 - 0 0 0		83 - 0 0 0		84 - 0 0 0	
83 - 0 0 0		84 - 0 0 0		85 - 0 0 0	
84 - 0 0 0		85 - 0 0 0		86 - 0 0 0	
85 - 0 0 0		86 - 0 0 0		87 - 0 0 0	
86 - 0 0 0		87 - 0 0 0		88 - 0 0 0	
87 - 0 0 0		88 - 0 0 0		89 - 0 0 0	
88 - 0 0 0		89 - 0 0 0		90 - 0 0 0	
89 - 0 0 0		90 - 0 0 0		91 - 0 0 0	
90 - 0 0 0		91 - 0 0 0		92 - 0 0 0	
91 - 0 0 0		92 - 0 0 0		93 - 0 0 0	
92 - 0 0 0		93 - 0 0 0		94 - 0 0 0	
93 - 0 0 0		94 - 0 0 0		95 - 0 0 0	
94 - 0 0 0		95 - 0 0 0		96 - 0 0 0	
95 - 0 0 0		96 - 0 0 0		97 - 0 0 0	
96 - 0 0 0		97 - 0 0 0		98 - 0 0 0	
97 - 0 0 0		98 - 0 0 0		99 - 0 0 0	
98 - 0 0 0		99 - 0 0 0		100 - 0 0 0	
99 - 0 0 0		100 - 0 0 0		101 - 0 0 0	
100 - 0 0 0		101 - 0 0 0		102 - 0 0 0	
101 - 0 0 0		102 - 0 0 0		103 - 0 0 0	
102 - 0 0 0		103 - 0 0 0		104 - 0 0 0	
103 - 0 0 0		104 - 0 0 0		105 - 0 0 0	
104 - 0 0 0		105 - 0 0 0		106 - 0 0 0	
105 - 0 0 0		106 - 0 0 0		107 - 0 0 0	
106 - 0 0 0		107 - 0 0 0		108 - 0 0 0	
107 - 0 0 0		108 - 0 0 0		109 - 0 0 0	
108 - 0 0 0		109 - 0 0 0		110 - 0 0 0	
109 - 0 0 0		110 - 0 0 0		111 - 0 0 0	
110 - 0 0 0		111 - 0 0 0		112 - 0 0 0	
111 - 0 0 0		112 - 0 0 0		113 - 0 0 0	
112 - 0 0 0		113 - 0 0 0		114 - 0 0 0	
113 - 0 0 0		114 - 0 0 0		115 - 0 0 0	
114 - 0 0 0		115 - 0 0 0		116 - 0 0 0	
115 - 0 0 0		116 - 0 0 0		117 - 0 0 0	
116 - 0 0 0		117 - 0 0 0		118 - 0 0 0	
117 - 0 0 0		118 - 0 0 0		119 - 0 0 0	
118 - 0 0 0		119 - 0 0 0		120 - 0 0 0	
119 - 0 0 0		120 - 0 0 0		121 - 0 0 0	
120 - 0 0 0		121 - 0 0 0		122 - 0 0 0	
121 - 0 0 0		122 - 0 0 0		123 - 0 0 0	
122 - 0 0 0		123 - 0 0 0		124 - 0 0 0	
123 - 0 0 0		124 - 0 0 0		125 - 0 0 0	
124 - 0 0 0		125 - 0 0 0		126 - 0 0 0	
125 - 0 0 0		126 - 0 0 0		127 - 0 0 0	
126 - 0 0 0		127 - 0 0 0		128 - 0 0 0	
127 - 0 0 0		128 - 0 0 0		129 - 0 0 0	
128 - 0 0 0		129 - 0 0 0		130 - 0 0 0	
129 - 0 0 0		130 - 0 0 0		131 - 0 0 0	
130 - 0 0 0		131 - 0 0 0		132 - 0 0 0	
131 - 0 0 0		132 - 0 0 0		133 - 0 0 0	
132 - 0 0 0		133 - 0 0 0		134 - 0 0 0	
133 - 0 0 0		134 - 0 0 0		135 - 0 0 0	
134 - 0 0 0		135 - 0 0 0		136 - 0 0 0	
135 - 0 0 0		136 - 0 0 0		137 - 0 0 0	
136 - 0 0 0		137 - 0 0 0		138 - 0 0 0	
137 - 0 0 0		138 - 0 0 0		139 - 0 0 0	
138 - 0 0 0		139 - 0 0 0		140 - 0 0 0	
139 - 0 0 0		140 - 0 0 0		141 - 0 0 0	
140 - 0 0 0		141 - 0 0 0		142 - 0 0 0	
141 - 0 0 0		142 - 0 0 0		143 - 0 0 0	
142 - 0 0 0		143 - 0 0 0		144 - 0 0 0	
143 - 0 0 0		144 - 0 0 0		145 - 0 0 0	
144 - 0 0 0		145 - 0 0 0		146 - 0 0 0	
145 - 0 0 0		146 - 0 0 0		147 - 0 0 0	
146 - 0 0 0		147 - 0 0 0		148 - 0 0 0	
147 - 0 0 0		148 - 0 0 0		149 - 0 0 0	
148 - 0 0 0		149 - 0 0 0		150 - 0 0 0	
149 - 0 0 0		150 - 0 0 0		151 - 0 0 0	
150 - 0 0 0		151 - 0 0 0		152 - 0 0 0	
151 - 0 0 0		152 - 0 0 0		153 - 0 0 0	
152 - 0 0 0		153 - 0 0 0		154 - 0 0 0	
153 - 0 0 0		154 - 0 0 0		155 - 0 0 0	
154 - 0 0 0		155 - 0 0 0		156 - 0 0 0	
155 - 0 0 0		156 - 0 0 0		157 - 0 0 0	
156 - 0 0 0		157 - 0 0 0		158 - 0 0 0	
157 - 0 0 0		158 - 0 0 0		159 - 0 0 0	
158 - 0 0 0		159 - 0 0 0		160 - 0 0 0	
159 - 0 0 0		160 - 0 0 0		161 - 0 0 0	
160 - 0 0 0		161 - 0 0 0		162 - 0 0 0	
161 - 0 0 0		162 - 0 0 0		163 - 0 0 0	
162 - 0 0 0		163 - 0 0 0		164 - 0 0 0	
163 - 0 0 0		164 - 0 0 0		165 - 0 0 0	
164 - 0 0 0		165 - 0 0 0		166 - 0 0 0	
165 - 0 0 0		166 - 0 0 0		167 - 0 0 0	
166 - 0 0 0		167 - 0 0 0		168 - 0 0 0	
167 - 0 0 0		168 - 0 0 0		169 - 0 0 0	
168 - 0 0 0		169 - 0 0 0		170 - 0 0 0	
169 - 0 0 0		170 - 0 0 0		171 - 0 0 0	
170 - 0 0 0		171 - 0 0 0		172 - 0 0 0	
171 - 0 0 0		172 - 0 0 0		173 - 0 0 0	
172 - 0 0 0		173 - 0 0 0		174 - 0 0 0	
173 - 0 0 0		174 - 0 0 0		175 - 0 0 0	
174 - 0 0 0		175 - 0 0 0		176 - 0 0 0	
175 - 0 0 0		176 - 0 0 0		177 - 0 0 0	
176 - 0 0 0		177 - 0 0 0		178 - 0 0 0	
177 - 0 0 0		178 - 0 0 0		179 - 0 0 0	
178 - 0 0 0		179 - 0 0 0		180 - 0 0 0	
179 - 0 0 0		180 - 0 0 0		181 - 0 0 0	
180 - 0 0 0		181 - 0 0 0		182 - 0 0 0	
181 - 0 0 0		182 - 0 0 0		183 - 0 0 0	
182 - 0 0 0		183 - 0 0 0		184 - 0 0 0	
18					