

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP
CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 23145/MG Cirurgião Dentista: (12976) - FLAVIA SANTIAGO LOPES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
347875 - I	KARINA FERNANDA DOS SANTOS SOUZA (00202530752400000102)		29/07/2020	61	0.3	R\$ 18,30
356305 - I	JOSIELE CARDOSO DE CARVALHO (00202531294200000101)		13/08/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador						
						N° de USOs: 239
						N° de atendimentos: 2
						Valor: R\$ 71,70

CRO: 5460/MG Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
321576 - I	ADRIANA SILVA DE FREITAS (00202528309600000101)		08/06/2020	614	0.3	R\$ 184,20
331764 - I	ALEXIA NUNES DE FREITAS (00202528640400000101)		30/06/2020	210	0.3	R\$ 63,00
348413 - I	RONNIE EDSON DA CRUZ (00202528237600000102)		30/07/2020	300	0.3	R\$ 90,00
351166 - I	HARRISON SOUSA SOARES (00202530284100000102)		04/08/2020	422	0.3	R\$ 126,60
356064 - I	NILSON DE ASSIS (00202528270100006901)		13/08/2020	178	0.3	R\$ 53,40
356068 - I	ANA EMILIA SILVA MAIELO (00202511761200003001)		13/08/2020	107	0.3	R\$ 32,10
361278 - I	CARMEN SILVA ARAUJO (00202506065500236301)		21/08/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador						
						N° de USOs: 2009
						N° de atendimentos: 7
						Valor: R\$ 602,70

CRO: 21611/MG Cirurgião Dentista: (12977) - ANDREA FERRETTI SIEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
316371 - I	JULIA SIQUEIRA DOS SANTOS (00202529819100000102)		25/05/2020	705	0.3	R\$ 211,50

Totalizador						
						N° de USOs: 705
						N° de atendimentos: 1
						Valor: R\$ 211,50

CRO: 24283/MG Cirurgião Dentista: (14107) - DANIELA FABEL NOLLI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
325879 - I	LUCILENE PEREIRA DE SOUZA (00202527326700000101)		17/06/2020	567	0.3	R\$ 170,10
332307 - I	JAQUELINE CRISTINA DA SILVA (00202530199700000101)		01/07/2020	567	0.3	R\$ 170,10
356072 - I	MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES (00202527926800000101)		13/08/2020	516	0.3	R\$ 154,80

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/08/2020 10:30

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Totalizador

N° de USOs:	1650
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 495,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	4603
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 1.380,90

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	4603
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 1.380,90

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

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

Data e Hora de Emissão: 28/08/2020 10:30

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Flávia Santiago

2º



347875
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 12/09/2017

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira
 1010202530751240000101021

4-Data de Autorização
 10/05/2018

5-Senha
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7745405

7-Data Validade da Semha
 12/11/2012

13-Nome
 KARINA FERNANDA DOS SANTOS SOUZA

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
 FLAVIA SANTIAGO LOPES

05/11/1989

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
 ()

11-Data Validade da Carteira
 / /

15-Nome do titular do plano
 JOSE CALDEIRA DE SOUZA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 103670731610

25-Nome do Profissional Executante
 FLAVIA SANTIAGO LOPES

18-Número no CRO
 23145

19-UF
 MG

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
 31-Código do Procedimento

1-00185100196

32-Descrição
 RESTAURAÇÃO RESINA

2-1

33-Dente/Região
 21

34-Face
 P

35-Qtd
 1

36-Quantidade US
 16

37-Valor
 1,00

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

3-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

4-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

5-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

6-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

7-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

8-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

9-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

10-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

11-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

12-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

13-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

14-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

15-1

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
 05/10/2012

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Encargado Dentista Solicitante
 05/12/2012

51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista
 12/11/2012

52-Data, local e Assinatura de Brindado (Relacionável)
 05/12/2012

53-Data, local e Assinatura do Emprego
 05/12/2012

54-Data, local e Assinatura do Emprego
 05/12/2012

55-Data, local e Assinatura do Emprego
 05/12/2012



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Josele Cardoso
2º N°



356305
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406614

3-Data de Emissão da Guia
11/3/08

4-Data de Autorização
12/01/08

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
7785119

7-Data Validade da Senha
11/11/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202531294200000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSIELE CARDOSO DE CARVALHO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOSIELE CARDOSO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

18-Número no CRO
23145

19-UF
MG

20-Código CBO S
025

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03670731610
22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

23-Número no CRO
23145

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

27-Número no CRO
23145

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentorRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	0,00	0,00	0,00	08/08/08	R\$	
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	08/08/08	R\$	
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	08/08/08	R\$	
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	08/08/08	R\$	
5	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	08/08/08	R\$	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	20/08/08	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	178,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

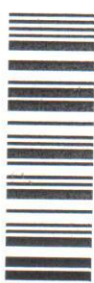
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



361278
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 4-Data de Autorização 12/8/10 5-Será Autorizado 12/8/10 6-Número da Guia Principal 7807460 7-Data Validade da Seria 11/9/11 11/2/01

8-Número da Carteira 01012021510606515002363011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CARMEN SILVA ARAUJO 14-Teléfono 25/07/1983 15-Nome do titular do plano CARMEN SILVA ARAUJO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11777448114649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CRO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Cid	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-0	011000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00			12/8/10		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36	10,00			12/8/10		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36	10,00			12/8/10		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36	10,00			12/8/10		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36	10,00			12/8/10		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/8/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



35166
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 04/08/2010

4-Data de Autorização
 06/08/2010

5-Senha
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7761146

7-Data Validade da Senha
 02/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 0020253028410000010102

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 HARRISON SOUSA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 JOSE JOAQUIM MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 117744814649

22-Nome do Contratado Executante
 JOSE JOAQUIM MENDES

27-Número no CRO
 5430

28-UF
 MG

29-Código CBO S
 025 -
 Faturar Empresa
 Enviar - RX
 (I) 85100226
 (I) 85100226

25-Nome do Profissional Executante
 JOSE JOAQUIM MENDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Dente/Região 34-Face 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Classe

Assinatura

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição
 CONSULTA ODONTOLÓGICA

RESTAURAÇÃO RESINA

RESTAURAÇÃO RESINA

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

42-Tipo de Atendimento

43-Data Prescrição / Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Faturamento

72-Tipo de Faturamento

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Faturamento

75-Tipo de Faturamento

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Faturamento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Faturamento

80-Tipo de Faturamento

81-Tipo de Faturamento

82-Tipo de Faturamento

83-Tipo de Faturamento

84-Tipo de Faturamento

85-Tipo de Faturamento

86-Tipo de Faturamento

87-Tipo de Faturamento

88-Tipo de Faturamento

89-Tipo de Faturamento

90-Tipo de Faturamento

91-Tipo de Faturamento

92-Tipo de Faturamento

93-Tipo de Faturamento

94-Tipo de Faturamento

95-Tipo de Faturamento

96-Tipo de Faturamento

97-Tipo de Faturamento

98-Tipo de Faturamento

99-Tipo de Faturamento

100-Tipo de Faturamento

101-Tipo de Faturamento

102-Tipo de Faturamento

103-Tipo de Faturamento

104-Tipo de Faturamento

105-Tipo de Faturamento

106-Tipo de Faturamento

107-Tipo de Faturamento

108-Tipo de Faturamento

109-Tipo de Faturamento

110-Tipo de Faturamento

111-Tipo de Faturamento

112-Tipo de Faturamento

113-Tipo de Faturamento

114-Tipo de Faturamento

115-Tipo de Faturamento

116-Tipo de Faturamento

117-Tipo de Faturamento

118-Tipo de Faturamento

119-Tipo de Faturamento

120-Tipo de Faturamento

121-Tipo de Faturamento



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



321576
INTERCAMBIO

3-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2010 4-Data de Autorização 21/08/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7619413 7-Data Validade da Semra 10/09/2010 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252830960000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA SILVA DE FREITAS 14-Teléfono 26/10/1986 15-Nome do Titular do plano ADRIANA SILVA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-18 26-Nome do Profissional Exatante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F. ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0 0 0 0			21/08/2010		
2-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO		1	7 3 0 0	0 0 0 0			21/08/2010		
3-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO		1	7 3 0 0	0 0 0 0			21/08/2010		
4-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		1	7 3 0 0	0 0 0 0			21/08/2010		
5-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES		1	3 6 1 0	0 0 0 0			21/08/2010		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/08/2010 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 6 1 4 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/2010 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/2010 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/2010 53-Data local e Assinatura do Carimbo da Empresa 21/08/2010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



356068

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2014 4-Data de Autorização 14/08/2014 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7784004 7-Data Validade da Sentença 11/11/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10202511761200003001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA EMILIA SILVA MAIELO 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ANA EMILIA SILVA MAIELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

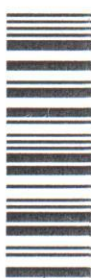
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0			14/08/2014		
2- 0 0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0			14/08/2014		
3- 1 1												
4- 1 1												
5- 1 1												
6- 1 1												
7- 1 1												
8- 1 1												
9- 1 1												
10- 1 1												
11- 1 1												
12- 1 1												
13- 1 1												
14- 1 1												
15- 1 1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/08/2014 44-1-30 or Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1- Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 0 7 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/08/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/2014



356064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614 2-Data de Emissão da Guia 11/03/08 3-Data de Autorização 14/03/08 4-Série AUTORIZADO 7783999 5-Numero da Guia Principal 7783999 6-Data Validade da Guia 11/11/11 7-Data Validade da Série 11/11/11 8-Data Validade da Guia 11/11/11

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 002025282701000006901 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome NILSON DE ASSIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

09/03/1970

10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano NILSON DE ASSIS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 177744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES

26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES

18-Numero no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - 21-Numero no CRO 5460 22-UF MG 23-Código CNES 24-UF MG 25-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Fregião	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/03/08		
2-00	1815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			11/03/08		
3-00	1815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			11/03/08		
4-00	1815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			11/03/08		
5-00	1815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			11/03/08		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data/Período/Tempo do Tratamento 11/03/08 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa



348413
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/07 12:01	4-Data de Autorização 10/06/08 12:01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7748058	7-Data Validade da Serina 12/08/10 12:01
8-Número da Carteira 1002020528237600000101021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome RONNIE EDSON DA CRUZ			14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LEILIVAN SILVA PIMENTA CRUZ	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES	18-Número no CRO 5460	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1177744814649	22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES	23-Número no CRO 5460	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	14ASD	1	1	36,00	0,00			11/06/08		
2-0	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	14AID	1	1	36,00	0,00			11/06/08		
3-0	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	14ASE	1	1	36,00	0,00			11/06/08		
4-0	018530100471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	14AIE	1	1	36,00	0,00			11/06/08		
5-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/06/08		
6-0	01851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36MOL	1	1	22,00	0,00			11/06/08		
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/06/08 12:00	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 30,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação RX pré-operatório anexado no Portal. (Data 30/04)					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 10/06/08 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/08 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/08 12:00	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/10/08 12:00		

Nome do Profissional Executante:

CRO/UF:

Guia

331764

Data do Exame:

04/08/2020

Nome do Beneficiário:

Adelia Nunes de Freitas.

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
V																
Bolsa																
Recess																
P																
Bolsa																
Recess																

M/BU/D/A/F																
FLUXO																

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
V																
Bolsa																
Recess																
Bolsa																
Recess																

M/BU/D/A/F																
FLUXO																

DATA

04/08/2020

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

RU 472.213/0001-23

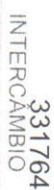
CLINICA DENTARIA LTDA

Avenida Parana, 748 - Jari, 1001400

1. Camero - CEP 30130-003

22 DE HORIZONTE

MG

331764
INTERCÂMBIO

505

Dados do Contralado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JOSE JOAQUIM MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	17744814649
22-Nome do Contratado Executante	JOSE JOAQUIM MENDES

26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSÉ JOAQUIM MENDES		5460	MG	
	(f) 85300038-011			
	(f) 85300038-012			
	(f) 85300038-013			

Plano de Trabalho / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DiariaRegião	34-Frascos	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0	0	RASPAGEM SUB-										
3-0	0	RASPAGEM SUP-										
4-0	0	RASPAGEM SUB-										
5-0	0	RASPAGEM SUB-										
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

0472-CA 30001-23
 0472-CA 30001-23
 0472-CA 30001-23

0472-CA 30001-23
 0472-CA 30001-23
 0472-CA 30001-23

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (d) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) (com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50. Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	04/11/2012
51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	04/11/2012
52. Data Real e Assinatura do Fundador / Responsável	04/11/2012
53. Data local e Canto da Empresa	04/10/2012

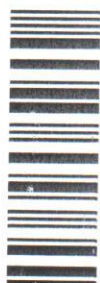
50-página; local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

04/08/2011

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa
 15/01/2011

04108120



325879
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/10 6/12/10	4-Data de Autorização 12/10/10 7/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641135	7-Data Validade da Senha 11/15/10 9/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100102102527321670000101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUCILENE PEREIRA DE SOUZA	14-Telefone (131) 329714783	15-Nome do titular do plano LUCILENE PEREIRA DE SOUZA
--------------------------------------	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FABEL NOLLI	18-Número no CRO 24283	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1014445401067011	22-Nome do Contratado Executante DANIELA FABEL NOLLI	23-Número no CRO 24283	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-27
26-Nome do Profissional Executante DANIELA FABEL NOLLI	27-Número no CRO 24283	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-000185200158		TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	15331010	10100	1112108120			12/10/2011		
2-000181000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	341010	10100	1112108120			12/10/2011		
3-000181000165												
4-000181000165												
5-000181000165												
6-000181000165												
7-000181000165												
8-000181000165												
9-000181000165												
10-000181000165												
11-000181000165												
12-000181000165												
13-000181000165												
14-000181000165												
15-000181000165												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2010	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 567100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111
--	--	--	----------------------------------	-----------------------------	--

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 e contratados, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/10 18/10/2010 Daniela Fabel Nelli	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 18/10/2010 Daniela Fabel Nelli	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/12/10 18/10/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/10 18/10/2010
--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/10 18/10/2010 Daniela Fabel Nelli	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 18/10/2010 Daniela Fabel Nelli	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/12/10 18/10/2010	57-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/10 18/10/2010
--	--	--	---

2-N

332307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/0		4-Data de Autorização 10/15/10/8/12/0		5-Seria AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7674766		7-Data Validade da Seria 12/9/10/9/12/0		2-Nº 332307 INTERCAMBIO			
8-Número da Carteira 100202025301997000000000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde JAQUELINE CRISTINA DA SILVA		13-Data Validade da Seria 12/9/10/9/12/0		2-Nº 332307 INTERCAMBIO			
13-Nome JAQUELINE CRISTINA DA SILVA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano JAQUELINE CRISTINA DA SILVA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FABEL NOLLI		18-Número no CRO 24283		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1044445400670		22-Nome do Contratado Executante DANIELA FABEL NOLLI		23-Número no CRO 24283		24-UF MG		25-Código CNES Envair - RX (R) 85200158-36		26-Valor 24283		27-UF MG		28-Código CBO S	
29-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor	
38-Franquia/Co-participação R\$		39-Ativ		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura		43-Data Previsão do Tratamento 05/08/20		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Total R\$		50-Total R\$		51-Total R\$		52-Total R\$		53-Total R\$	
54-Total R\$		55-Total R\$		56-Total R\$		57-Total R\$		58-Total R\$		59-Total R\$		60-Total R\$		61-Total R\$	
62-Total R\$		63-Total R\$		64-Total R\$		65-Total R\$		66-Total R\$		67-Total R\$		68-Total R\$		69-Total R\$	
70-Total R\$		71-Total R\$		72-Total R\$		73-Total R\$		74-Total R\$		75-Total R\$		76-Total R\$		77-Total R\$	
78-Total R\$		79-Total R\$		80-Total R\$		81-Total R\$		82-Total R\$		83-Total R\$		84-Total R\$		85-Total R\$	
86-Total R\$		87-Total R\$		88-Total R\$		89-Total R\$		90-Total R\$		91-Total R\$		92-Total R\$		93-Total R\$	
94-Total R\$		95-Total R\$		96-Total R\$		97-Total R\$		98-Total R\$		99-Total R\$		100-Total R\$		101-Total R\$	
102-Total R\$		103-Total R\$		104-Total R\$		105-Total R\$		106-Total R\$		107-Total R\$		108-Total R\$		109-Total R\$	
110-Total R\$		111-Total R\$		112-Total R\$		113-Total R\$		114-Total R\$		115-Total R\$		116-Total R\$		117-Total R\$	
118-Total R\$		119-Total R\$		120-Total R\$		121-Total R\$		122-Total R\$		123-Total R\$		124-Total R\$		125-Total R\$	
126-Total R\$		127-Total R\$		128-Total R\$		129-Total R\$		130-Total R\$		131-Total R\$		132-Total R\$		133-Total R\$	
134-Total R\$		135-Total R\$		136-Total R\$		137-Total R\$		138-Total R\$		139-Total R\$		140-Total R\$		141-Total R\$	
142-Total R\$		143-Total R\$		144-Total R\$		145-Total R\$		146-Total R\$		147-Total R\$		148-Total R\$		149-Total R\$	
150-Total R\$		151-Total R\$		152-Total R\$		153-Total R\$		154-Total R\$		155-Total R\$		156-Total R\$		157-Total R\$	
158-Total R\$		159-Total R\$		160-Total R\$		161-Total R\$		162-Total R\$		163-Total R\$		164-Total R\$		165-Total R\$	
166-Total R\$		167-Total R\$		168-Total R\$		169-Total R\$		170-Total R\$		171-Total R\$		172-Total R\$		173-Total R\$	
174-Total R\$		175-Total R\$		176-Total R\$		177-Total R\$		178-Total R\$		179-Total R\$		180-Total R\$		181-Total R\$	
182-Total R\$		183-Total R\$		184-Total R\$		185-Total R\$		186-Total R\$		187-Total R\$		188-Total R\$		189-Total R\$	
190-Total R\$		191-Total R\$		192-Total R\$		193-Total R\$		194-Total R\$		195-Total R\$		196-Total R\$		197-Total R\$	
198-Total R\$		199-Total R\$		200-Total R\$		201-Total R\$		202-Total R\$		203-Total R\$		204-Total R\$		205-Total R\$	
206-Total R\$		207-Total R\$		208-Total R\$		209-Total R\$		210-Total R\$		211-Total R\$		212-Total R\$		213-Total R\$	
214-Total R\$		215-Total R\$		216-Total R\$		217-Total R\$		218-Total R\$		219-Total R\$		220-Total R\$		221-Total R\$	
222-Total R\$		223-Total R\$		224-Total R\$		225-Total R\$		226-Total R\$		227-Total R\$		228-Total R\$		229-Total R\$	
230-Total R\$		231-Total R\$		232-Total R\$		233-Total R\$		234-Total R\$		235-Total R\$		236-Total R\$		237-Total R\$	
238-Total R\$		239-Total R\$		240-Total R\$		241-Total R\$		242-Total R\$		243-Total R\$		244			

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

51-Data local e Acquisizione di V. 2/25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Caimbo da Empresa

53-Data, local e Câmbio da Empresa

FABER

Cambo da Empresa

2-N⁺356072
INTERCÂMBIO