



341820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2/07/07 4-Data de Autorização 2/07/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50177544 7-Data Validade da Senha 18/10/2011

Dados do Beneficiário: 8-Número da Carteira 00379994064500028 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALVIDA CONSULTO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005178712899

13-Nome SAHRA RODRIGUES DE ARAUJO 14-Telefone 05/10/1999 15-Nome do titular do plano ROSEMARY BARBOSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento: 16-Atendimento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779 22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CHES 26-UF RJ 27-Número no CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
FABIANA LEMOS CRISTIANO

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 Glcra	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	29/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

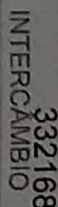
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 Contratado-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

29/07/20 29/07/20 29/07/20 + Saira Rodrigues de Araujo

2-N-



332168
INTERCÂMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO332168
INTERCAMBIO332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

332168

41- Mafina da Gica 42- Astina

INTERCAMBIO

332168

41- Movimento da Gicxa 42-Assina

[illegible]

INTERCAMBIO

[illegible]

332168
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

332168

41- Menino da Glicia 42- Asina

332168
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

332168

41- Membro da Gênia 42- Assina

332168
INTERCAMBIO

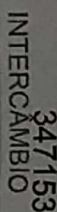
332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

332168
INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

2-N⁺

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCÂMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO
347153

INTERCAMBIO 347153

INTERCAMBIO

INTERCAMBIO 347153

INTERCAMBIO

347153

41- Motivo da Gicra 42- Assin

INTERCAMBIO

347153

41-Molho da Gicse 42-Asina

INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

347153

41-Motivo da Gicse 42-Assina

200 200

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

INTERCAMBIO

347153

41- Motivo da Gicra 42- Assin

280 280

347153
INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

347153
INTERCAMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346330
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012 4-Data de Autorização 27/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179254 7-Data Válida da Sessão 21/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010317000000080882110 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700305936687432

13-Nome LEONARDO SABINO DE MOURA 24/04/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IZABELLA KALINE DOS SANTOS MOU

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ/CPF 07009448779 22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 27-Número no CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	08	1000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	4	7,00	0,00	5	27/04/2012			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$							
			47,00									

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



327671

INTERCÂMBIO

transmissões para todos os

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171674	7-Data Validação da Senha 12/10/19
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

327671
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10103799914105865142561	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSULT C P E SERVICOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003689929458
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

327671
INTERCÂMBIO

13-Nome ADJANE DAMIANA DE SOUZA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADJANE DAMIANA DE SOUZA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:		
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101710109141487791	22-Nome do Contratado Especialista FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-UF RJ
24-Nome do Profissional Especialista FABIANA LEMOS CRISTIANO	25-UF RJ	26-Código CBO S 801 -
Faturar Empresa		

327671
INTERCÂMBIO

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 Guisa	42-Assinatura
1-10	101010101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	147,10	10,10	0,10	51	29/06/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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

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, não foram realizados 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 Cliente-Dentista Solicitante 29/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista 29/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20 + Adriane	53-Data, local e Canto da Empresa
---	---	---	-----------------------------------

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-D de emissão da Guia 12/21/06/1210	4-Data de Autorização 12/21/06/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171878	7-Data Válida de Sanha 1210/1019/1210
--------------------------	---	--	------------------------------	--	--

328155
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Seguro
00037000027821415	POS REDE PRESTADORA	RITA MARIA BARROSO	11/11/11	708706150369793

13-Name RITA MARIA BARROSO BASTOS	14-19/06/1953	14-19/06/1953	15-Name do mulher do plano RITA MARIA BARROSO BASTOS
--------------------------------------	---------------	---------------	---

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

16-Advertência a RN		17-Nome do Profissional Solicitante	FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO	24207	19-UF	RJ	20-Código CRO S	801 -	Faturar Empresa
---------------------	--	-------------------------------------	-------------------------	------------------	-------	-------	----	-----------------	-------	-----------------

21-Código na Operadora (CNPJ) CPF	107009448779
22-Nome do Contratado Executante	FABIANA LEMOS CRISTIANO
23-Número no CRO	24207
24-UF	RJ
25-Endereço completo	

24207	Ru
-------	----

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valec
		38-Franchisa/Co-participação R\$					39-Aut
		40-Dia de Realização					41-Motivo da Carga
		42-Resposta					43-Resposta

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

5

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
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
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
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	8												

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

[illegible]

10

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

	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e alternativas para realização dos procedimentos aqui apresentados, aceto e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-o e cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos decorrentes da mesma.

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 o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, a quantia necessária para a realização dos procedimentos aqui apresentados.

9-0867

10-0867

11-0867

12-0867

13-0867

14-0867

15-0867

16-0867

17-0867

18-0867

19-0867

20-0867

21-0867

22-0867

23-0867

24-0867

25-0867

26-0867

27-0867

28-0867

29-0867

30-0867

31-0867

32-0867

33-0867

34-0867

35-0867

36-0867

37-0867

38-0867

39-0867

40-0867

41-0867

42-0867

43-0867

44-0867

45-0867

46-0867

47-0867

48-0867

49-0867

50-0867

51-0867

52-0867

53-0867

54-0867

55-0867

56-0867

57-0867

58-0867

59-0867

60-0867

61-0867

62-0867

63-0867

64-0867

65-0867

66-0867

67-0867

68-0867

69-0867

70-0867

71-0867

72-0867

73-0867

74-0867

75-0867

76-0867

77-0867

78-0867

79-0867

80-0867

81-0867

82-0867

83-0867

84-0867

85-0867

86-0867

87-0867

88-0867

89-0867

90-0867

91-0867

92-0867

93-0867

94-0867

95-0867

96-0867

97-0867

98-0867

99-0867

100-0867

101-0867

102-0867

103-0867

104-0867

105-0867

106-0867

107-0867

108-0867

109-0867

110-0867

111-0867

112-0867

113-0867

114-0867

115-0867

116-0867

117-0867

118-0867

119-0867

120-0867

121-0867

122-0867

123-0867

124-0867

125-0867

126-0867

127-0867

128-0867

129-0867

130-0867

131-0867

132-0867

133-0867

134-0867

135-0867

136-0867

137-0867

138-0867

139-0867

140-0867

141-0867

142-0867

143-0867

144-0867

145-0867

146-0867

147-0867

148-0867

149-0867

150-0867

151-0867

152-0867

153-0867

154-0867

155-0867

156-0867

157-0867

158-0867

159-0867

160-0867

161-0867

162-0867

163-0867

164-0867

165-0867

166-0867

167-0867

168-0867

169-0867

170-0867

171-0867

172-0867

173-0867

174-0867

175-0867

176-0867

177-0867

178-0867

179-0867

180-0867

181-0867

182-0867

183-0867

184-0867

185-0867

186-0867

187-0867

188-0867

189-0867

190-0867

191-0867

192-0867

193-0867

194-0867

195-0867

196-0867

197-0867

198-0867

199-0867

200-0867

201-0867

202-0867

203-0867

204-0867

205-0867

206-0867

207-0867

208-0867

209-0867

210-0867

211-0867

212-0867

213-0867

214-0867

215-0867

216-0867

217-0867

218-0867

219-0867

220-0867

221-0867

222-0867

223-0867

224-0867

225-0867

226-0867

227-0867

228-0867

229-0867

230-0867

231-0867

232-0867

233-0867

234-0867

235-0867

236-0867

237-0867

238-0867

239-0867

240-0867

241-0867

242-0867

243-0867

244-0867

245-0867

246-0867

247-0867

248-0867

249-0867

250-0867

251-0867

252-0867

253-0867

254-0867

255-0867

256-0867

257-0867

258-0867

259-0867

260-0867

261-0867

262-0867

263-0867

264-0867

265-0867

266-0867

267-0867

268-0867

269-0867

270-0867

271-0867

272-0867

273-0867

274-0867

275-0867

276-0867

277-0867

278-0867

279-0867

280-0867

281-0867

282-0867

283-0867

284-0867

285-0867

286-0867

287-0867

288-0867

289-0867

290-0867

291-0867

292-0867

293-0867

294-0867

295-0867

296-0867

297-0867

298-0867

299-0867

300-0867

301-0867

302-0867

303-0867

304-0867

305-0867

306-0867

307-0867

308-0867

309-0867

310-0867

311-0867

312-0867

313-0867

314-0867

315-0867

316-0867

317-0867

318-0867

319-0867

320-0867

321-0867

322-0867

323-0867

324-0867

325-0867

326-0867

327-0867

328-0867

329-0867

330-0867

in the
per
A

[illegible]

5-1-Data, local e assinatura do Criado ou Donatário

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



327668
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 6-Data de Autocancelamento 12/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50171670 7-Data Validade de Sanção 12/10/10 8-Data Validade de Sanção 12/10/10

Dados do Beneficiário

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

13-Data de Nascimento 18/02/1991 14-Data de Emissão da Guia 18/02/1991 15-Data de Autocancelamento 18/02/1991 16-Data de Validade da Carteira 18/02/1991 17-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 18-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 19-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 20-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 21-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 22-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 23-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 24-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 25-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 26-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 27-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 28-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 29-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 30-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 31-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 32-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 33-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 34-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 35-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 36-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 37-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 38-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 39-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 40-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 41-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 42-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 43-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 44-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 45-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 46-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 47-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 48-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 49-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 50-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 51-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 52-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 53-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 54-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 55-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 56-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 57-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 58-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 59-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 60-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 61-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 62-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 63-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 64-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 65-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 66-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 67-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 68-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 69-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 70-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 71-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 72-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 73-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 74-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 75-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 76-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 77-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 78-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 79-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 80-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 81-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 82-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 83-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 84-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 85-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 86-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 87-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 88-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 89-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 90-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 91-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 92-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 93-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 94-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 95-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 96-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 97-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 98-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 99-Data de Validade da Sanção 18/02/1991 100-Data de Validade da Sanção 18/02/1991

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN 17-Nome do Profissional Responsável FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CNU 22-Nome do Contratado Responsável FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-UF RJ 31-Código CBO S 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

FABIANA LEMOS CRISTIANO

Pronto de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Debito/Regras	34-Frete	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Valor
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	10,00		5	27/06/10		47,00
2-0												
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												
16-0												
17-0												
18-0												
19-0												
20-0												
21-0												
22-0												
23-0												
24-0												
25-0												
26-0												
27-0												
28-0												
29-0												
30-0												
31-0												
32-0												
33-0												
34-0												
35-0												
36-0												
37-0												
38-0												
39-0												
40-0												
41-0												
42-0												
43-0												
44-0												
45-0												
46-0												
47-0												
48-0												
49-0												
50-0												
51-0												
52-0												
53-0												
54-0												
55-0												
56-0												
57-0												
58-0												
59-0												
60-0												
61-0												
62-0												
63-0												
64-0												
65-0												
66-0												
67-0												
68-0												
69-0												
70-0												
71-0												
72-0												
73-0												
74-0												
75-0												
76-0												
77-0												
78-0												
79-0												
80-0												
81-0												
82-0												
83-0												
84-0												
85-0												
86-0												
87-0												
88-0												
89-0												
90-0												
91-0												
92-0												
93-0												
94-0												
95-0												
96-0												
97-0												
98-0												
99-0												
100-0												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Operador-Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Cliente-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



335496
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/10/2010 4-Data de Autorização 07/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 50174949 7-Data Validade da Guia 05/11/2010

8-Numero da Carteira

003700000105810500 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 708206198746540

13-Plano MAYSA GLORIA TORQUATO BISPO 15/08/1991 14-Taberna 15-Plano do titular do plano CELIA TORQUATO DA COSTA E SILVA

16-Atendimento a RN

FABIANA LEMOS CRISTIANO

17-Plano do Profissional Solicitante

FABIANA LEMOS CRISTIANO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0709448779

22-Plano do Contratado Executante

FABIANA LEMOS CRISTIANO

26-Plano do Profissional Executante

FABIANA LEMOS CRISTIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-10	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		147,00	0,00			07/07/2010		X
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
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 Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

[Handwritten signatures and stamps]



335890
INTERCÂMBIO

1-Logotipo ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/08/10 7/12/10 4-Dados de Autorização 10/08/10 7/12/10 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50175089 7-Dados de Validade da Guia 10/08/10 7/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003669929458

Dados do Beneficiário

8-Data de Nascimento da Carteira 10/03/79 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CONSULT C P E SERVICOS 11-Dados de Validade da Carteira 10/03/79 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003669929458

13-Nome ADJANE DAMIANA DE SOUZA 14-Telefone 09/08/1979 15-Nome do titular do plano ADJANE DAMIANA DE SOUZA

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Adesão ao Plano FABIANA LEMOS CRISTIANO 17-Nome do Profissional Solidário FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10/710/09448779 22-Nome do Contratante Exatante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES 10/710/09448779 26-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Exatante FABIANA LEMOS CRISTIANO

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fecha	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	010	82101008116	EXODONTIA A RETALHO	18	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2	010	82101008116	EXODONTIA A RETALHO	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
8	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
9	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
10	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
11	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
12	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
13	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
14	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
15	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
16	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
17	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
18	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
19	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
20	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
21	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
22	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
23	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
24	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
25	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
26	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
27	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
28	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
29	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
30	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
31	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
32	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
33	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
34	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
35	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
36	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
37	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
38	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
39	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
40	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
41	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
42	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
43	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
44	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
45	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
46	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
47	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
48	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
49	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
50	010	81101004211	RX PERIAPICAL	16	1	15,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Declaro, que após ler todo o documento 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 c(e) procediment(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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.

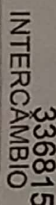
49-Quadrante

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

2-N⁺

Dados do Beneficiário

13-Nome	MARIANA DE SOUZA RODRIGUES DOS SANTOS	18/02/1991
14-Telefone	() () () () () () () () () () () ()	
15-Nome do titular do plano	MARIANA DE SOUZA RODRIGUES DOS SANTOS	

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tribuamento

16-Atendimento a RH	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	FABIANA LEMOS CRISTIANO	24207	RJ	801 - Editora Embrasa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1071009448779
22-Nome do Contratado/Executante	FABIANA LEMOS CRISTIANO
23-Número na CTO	24207
24-UF	RJ
25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-

23-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-CUF	29-Código CBO S
FABIANA LEMOS CRISTIANO	24207	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DiariaRegião	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	
						37-Med	
							38-Franquia Coparticipação R\$
							39-Ant
							40-Dia
							17

[illegible][illegible]

4. 

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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

[illegible]

2

13

14

15

[illegible]

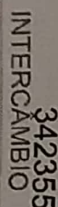
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contido. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), descrito(s)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

g-Observação	g-Descrição	g-Valor	g-Data	g-Local	g-Status	g-Comentário
1	Observação 1	1.0	10/10/2020	10/10/2020	10/10/2020	10/10/2020
2	Observação 2	2.0	20/20/2020	20/20/2020	20/20/2020	20/20/2020
3	Observação 3	3.0	30/30/2020	30/30/2020	30/30/2020	30/30/2020
4	Observação 4	4.0	40/40/2020	40/40/2020	40/40/2020	40/40/2020
5	Observação 5	5.0	50/50/2020	50/50/2020	50/50/2020	50/50/2020
6	Observação 6	6.0	60/60/2020	60/60/2020	60/60/2020	60/60/2020
7	Observação 7	7.0	70/70/2020	70/70/2020	70/70/2020	70/70/2020
8	Observação 8	8.0	80/80/2020	80/80/2020	80/80/2020	80/80/2020
9	Observação 9	9.0	90/90/2020	90/90/2020	90/90/2020	90/90/2020
10	Observação 10	10.0	100/100/2020	100/100/2020	100/100/2020	100/100/2020

51-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados, local e Assinatura da Empresa
--	--	---

[illegible]

2-N-



342355
INTERCAMBIO

510

12-Número do Caderno Nacional de Saúde

RA

Emmresa

R-RX
0421-

0421-
0421-

38-Aut	40-Data de Realização
--------	-----------------------

$$\begin{array}{r} 11 \overline{) 154} \\ \underline{11} \\ 44 \\ \underline{44} \\ 00 \end{array}$$

7307

5 23 07 10

$$\begin{array}{r} 52979 \\ 52979 \end{array}$$

23/01/2025

Abstract

[illegible]

777

11

二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

[illegible][illegible]

orientações do profissional assiste

1000

Carimbo da Empresa

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



342362
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/07 4-Dia de Autorização 12/01/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50177758 7-Dia Validade da Guia 11/01/2008 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704008817826364

8-Número da Carteira 101031710 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NOREK YAMAGUTI PRO 11-Dia Validade da Carteira 11/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704008817826364

13-Nome BEATRIZ YAMAGUTI NOREK 20/06/2000 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano ALDEMAR NOREK DE OLIVEIRA LIMA

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 070109448779 22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 82001286-18 (1) 82001286-48 (1) 81000421- (1) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 27-Número no CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 82001286-39 (1) 81000421- 30-Francela Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Ativo da Guia 42-Assinatura

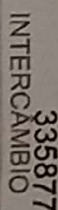
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francela Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Ativo da Guia	42-Assinatura
1-010	82100112816	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	1710,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
2-010	82100112816	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	1710,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
3-010	82100112816	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	1710,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
4-010	82100112816	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	1710,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
5-010	82100112816	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	12810,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
6-010	82100112816	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	12810,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
7-010	82100112816	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	12810,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
8-010	82100112816	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	12810,00	1,00	1,00	1	23/01/2008	X	11
9-010	82100112816											
10-010	82100112816											
11-010	82100112816											
12-010	82100112816											
13-010	82100112816											
14-010	82100112816											
15-010	82100112816											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2952,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Francela 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 a 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 50-Cópia local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 51-Cópia local e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Cópia local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Cópia local e Assinatura da Empresa

32



Dados do Beneficiário

CID MOREIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
FABIANA LEMOS CRISTIANO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
07009448779

22-Nome do Contratado Execuante
FABIANA LEMOS CRISTIANO

26-Nome do Profissional Exercente
FABIANA LEMOS CRISTIANO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência Comportamento R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Oca	42-Matéria
------------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	----------------------	------------------	------------

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

	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

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

	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Trasmunho	11/11/11
44-Tipo de Atendimento	14 - Atendimento Especializado
45-Tipo de Faturamento	1 - Faturar Simples
46-Total Quantidade US	1012,00
47-Valor Total R\$	1012,00
48-Total Faturado - Coparticipação R\$	1012,00

[illegible][illegible]

eficientes no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Prisluht

[illegible][illegible]

111	110	109	108	107	106	105	104	103	102	101	100	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Handwritten signature: *[Signature]*



333521
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/13/10 7/12/10 4-Dados de Autorização 10/13/10 7/12/10 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50174143 7-Dados Validação da Série 10/11/10 10/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/17 00/00/21 7/8/21 4/1/5 9-Filial POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RITA MARIA BARROSO 11-Dados Validação da Carteira 11/1/1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708706150369793

13-Nome RITA MARIA BARROSO BASTOS 14-Telefone 19/06/1953 15-Nome do titular do plano RITA MARIA BARROSO BASTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número no CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/17/10 09/44/817/9 22-Nome do Contratado Exarcante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exarcante FABIANA LEMOS CRISTIANO 27-Número no CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CAR	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	33	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
2-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	32	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
3-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	31	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
4-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	41	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
5-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	42	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
6-10	01812101008116	EXODONTIA A RETALHO	43	1	1	15,00	10,00	0,00	0,00	03/07/10		
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Finais do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Prótese 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 9 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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-Dados e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Encarregado Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 53-Dados, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337202
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 11/03/1964 4-Dia de Autoração 11/03/1964 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50175642 7-Dia Validade da Guia 10/08/1964 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 708205115839448

9-Nome do Beneficiário CIB MOREIRA DE SOUZA 10-Endereço UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Dia Validade da Guia 11/03/1964 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708205115839448

13-Endereço CID MOREIRA DE SOUZA 14-Endereço OSVALDO LUIZ MENDONÇA GERMANO 15-Endereço OSVALDO LUIZ MENDONÇA GERMANO

16-Endereço FABIANA LEMOS CRISTIANO 17-Endereço FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Endereço FABIANA LEMOS CRISTIANO 19-Endereço FABIANA LEMOS CRISTIANO 20-Endereço FABIANA LEMOS CRISTIANO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0170109448779 22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número no CNPJ 24207 24-Código CNES 25-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO 27-Número no CNPJ 24207 28-Código CBO S 29-Código CBO S 30-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1	0101812010108116	EXODONTIA A RETALHO	27	1	1	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0101812010104211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia de Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Exatidão	46-Tipo de Exatidão	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$

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 no contrato. Deixo, 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-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa



342360
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/10/10 7/12/10 4-Dia de Autorização 12/10/10 7/12/10 6-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50177756 7-Dia Validade da Guia 18/11/10 7/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010137661010102714177101010 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LABORATORIO DE ANALISES 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504170191056

13-Nome LUCIANA THOME DOS SANTOS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUCIANA THOME DOS SANTOS

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO 18-Número na CRO 24207 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779 22-Nome do Contratado Exauriente FABIANA LEMOS CRISTIANO 23-Número na CRO 24207 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exauriente FABIANA LEMOS CRISTIANO 27-Número na CRO 24207 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Gêsis	42-Assinatura
1	00	820100816	EXODONTIA A RETALHO	18	1	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
2	00	820100816	EXODONTIA A RETALHO	28	1	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
3	00	820100816	EXODONTIA A RETALHO	38	1	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
4	00	820100816	EXODONTIA A RETALHO	48	1	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
5	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
6	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
7	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
8	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
9	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
10	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
11	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
12	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
13	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
14	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10
15	00	810100421	RX PERIAPICAL	1	1	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30/07/10

43-Dia Próximo Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1712,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

50-Dia local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 51-Dia local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia local e Cartão da Empresa