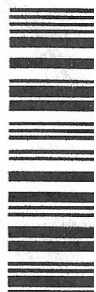


318424



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012		4-Data de Autorização 25/10/2012		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7614454		7-Data Validade da Semana 02/09/2012	
8-Número da Carteira 0020251013380000201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INTERLAGOS VEICULOS LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		320665	
13-Nome ISABEL CRISTINA REINHEIMER		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ISABEL CRISTINA REINHEIMER							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		18-UF PR		19-UF PR		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940		22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		23-Número no CRO 13837		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		27-Número no CRO 13837		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	73,00	0,00	0,00	525,06/20			
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 25/06/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodentia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		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
Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2015		4-Data de Autorização 12/04/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7601829		7-Data Validade da Senha 12/07/2018		
Dados do Beneficiário						8-Número da Carteira 000202526699400000101						
13-Nome EUNICE APARECIDA DOMINGUES						9-Plano POS REDE PRESTADORA						
15/07/1979						10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA						
14-Teléfono ()						11-Data Validade da Carteira / /						
15-Nome do titular do plano EUNICE APARECIDA DOMINGUES						12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG		18-Número no CRO 13837		19-UF PR		20-Código CBO S		Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940		22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG		23-Número no CRO 13837		24-UF PR		25-Código CNES		26-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Parte Regio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-V.Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		5	24/06/2015		Eunice
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		5	24/06/2015		Eunice
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 24/06/2015	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 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2015												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2015												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2015 Eunice												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												



327705

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2016	4-Data de Autorização 12/31/2016	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7649002	7-Data Validade da Sentença 12/01/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530575401000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JESSICA CARILHO DA SILVA	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano JESSICA CARILHO DA SILVA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940	22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	23-Número no CRO 13837	24-UF PR	25-Código CNE S / /
--	--	---------------------------	-------------	------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	27-Número no CRO 13837	28-UF PR	29-Código CBO S / /
--	---------------------------	-------------	------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-Qtd	36-Quantidade de US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/10/2016		Assinatura
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/10/2016		Assinatura
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/10/2016		Assinatura
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/10/2016		Assinatura
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/10/2016		Assinatura
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/31/2016	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

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

12/10/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/10/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/10/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /



318421

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 5/12/0	4-Data de Autorização 12/4/10 6/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7601830	7-Data Validade da Senha 12/7/10 8/12/0							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 2 6 6 9 9 4 0 0 0 0 0 1 0 2												
13-Nome VINÍCIOS APARECIDO ARAUJO												
06/01/2005												
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Data Validade da Carteira / /												
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
15-Nome do titular do plano EUNICE APARECIDA DOMINGUES												
14-Teléfono () - - - - -												
16-Atendimento a RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG												
18-Número no CRO 13837												
19-UF PR												
20-Código CBO S												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 9 3 3 6 1 8 9 4 0												
22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG												
23-Número no CRO 13837												
24-UF PR												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG												
27-Número no CRO 13837												
28-UF PR												
29-Código CBO S												
Faturar Empresa												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrção	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- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6 1 1 0 1 0	0 0 1 0			5/24/06/12/0		X Vinicius
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1 1 0 1 0	0 0 1 0			5/24/06/12/0		X Vinicius
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												
43-Data Previsto Término do Tratamento 24/06/20												
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 1 1 2 2 0 0												
47-Valor Total R\$ 0 0 1 0												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 1 0												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/06/20												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20 X Vinicius												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648785	7-Data Validade da Senha 20/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Numero da Carteira 0020252948560000101	9-Piloto POS REDE PRESTADORA

13-Nome EVANDRO SILVIO CASARIN	10-Empresa CASARIN INSTALACOES LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano EVANDRO SILVIO CASARIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940	22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Numero no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	23-Numero no CRO 13837	24-UF PR	25-Código CNE S	Faturar Empresa
27-Numero no CRO 13837		28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade de US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	010	811000030			1	34,00	0,00			29/10/2012		X Evandro
2	010	840000198			1	35,00	0,00			29/10/2012		X Evandro
3	010	840000198			1	35,00	0,00			29/10/2012		X Evandro
4	010	840000198			1	35,00	0,00			29/10/2012		X Evandro
5	010	840000198			1	35,00	0,00			29/10/2012		X Evandro
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 29/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 14-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



316234

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 5/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10 5/12/0	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7586684	7-Data Validade da Seria 12/1/10 8/12/0
--------------------------	---	---	---------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 2 9 3 6 4 2 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIA JOSE DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELIS JOSE JOAQUIM	23/01/1974	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE DA SILVA
------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S	Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 9 3 3 6 1 8 9 4 0	22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	23-Número no CRO 13837	24-UF PR	25-Código CNEB
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	27-Número no CRO 13837	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

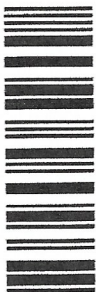
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
2-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
3-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
4-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
5-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
6-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	7 3 0 0	0 0 0		S	0 1/0 6/12 0		ELIAS
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/8/10 5/12/0	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 4 3 8 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/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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10 5/12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 5/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 5/12/0	53-Data, local e Campo de Empresa / /
---	---	---	--



328019

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7650996	7-Data Validade da Serinha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202530575400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JESSICA CARILHO DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO CRISTIANO FREITAG

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02933618940	22-Nome do Contratado Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	18-Número no CRO 13837	19-UF PR	20-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIO CRISTIANO FREITAG	27-Número no CRO 13837	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados	
--	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00					
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00					
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00					
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00					
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00					
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00	0,00					
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14		1	78,00	0,00					
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00					
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/10/2012	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 588,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012	53-Data, local e Caimbo da Empresa / /
---	---	---	---

49-Observação: 8 - Não Realizada.