



545976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/05	4-Data de Autorização 11/01/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8567634	7-Data Validade da Guia 10/01/05
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253703540000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IVETE CARVALHO DE SANTIAGO		14-Idade 24/09/1958	15-Data de Nascimento (/)	16-Nome do titular do plano IVETE CARVALHO DE SANTIAGO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Responsável ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	19-Número no CRO 111757	20-UF SP	21-Código CBO B 09	22-Data de Realização 025 -
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	24-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	25-Número no CRO 111757	26-UF SP	27-Código CNES 09	28-Data de Realização Faturar Empresa
29-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES	30-Número no CRO 111757	31-UF SP	32-Código CBO B 09	29-Enviar - RX (1) 81090405	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela 1-008100405	34-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	35-Diaria/Região 1	36-Face 1	37-Quantidade US 7800	38-Fratura/Co-participação R\$ 0,00
39-Aut	40-Data da Realização 10/01/05	41-Motivo da Cláusula 42-Data de Realização			
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 7800	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/05 Ixte Santiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/05
--	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

542800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/05/10 05/12/11	4-Data de Autorização 01/05/10 05/12/11	5-Diaria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8555450	7-Data Validade da Guia 01/03/10 08/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025369592000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBSON ALEX DA SILVA		14-Data de Nascimento 01/04/1983	15-Data de Emissão (/)	16-Nome do titular do plano ROBSON ALEX DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação a RN N	18-Nome do Profissional Contratado ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	19-Número no CRO 111757	20-UF SP	21-Código CEO B 09	22-025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 318293576804	24-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	25-Número no CRO 111757	26-UF SP	27-Código CNES	28-Enviar - RX (1) 61099405
29-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		30-Número no CRO 111757	31-UF SP	32-Código CEO B	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Fase	38-Qntd
1-0101810100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78100
2- / / / / /					
3- / / / / /					
4- / / / / /					
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Prevista 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-Valor Total US 78100					
47-Valor Total R\$ 01010					
48-Taxa 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), 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.					
59-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 05/10/12 Robson	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/12 Jow	

54036:2
INTERCÂMBIO[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-3*

526454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011	4-Data de Autorização 11/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494794	7-Data Validade da Senha 11/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 0020202536534600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDERSON MACHADO GOMES		14-Data de Nascimento 01/05/1978	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano ANDERSON MACHADO GOMES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RM N	18-Atividade do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	19-Número no CRO 111757	20-UF SP	21-Código CBO S 09	22-Data de Realização 025 -
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	24-Nome do Contratado Encarregado VICTOR GONCALVES	25-Número no CRO 111757	26-UF SP	27-Código CNES Envio - RX	28-Valor (R) 61000405
29-Data de Realização 11/04/2011					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabeta 1-00181000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Flexão 11	34-Face 781010	35-Quantidade US 00100	36-Valor 00100
37-Franchia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Classe	41-Assinatura	42-Assinatura
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 781010	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franchia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, custos, 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), 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/04/2011 Anderson Machado Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/2011	54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/2011	

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Cota

12/01/04/21

4-Data de Autorização

20/04/21

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8502531

7-Data Validade da Senha

19/07/21

828386

INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário

Nome do Cardeteiro

00202501561300267201

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

MILI SA

11-Data Validade da Carteira

1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANGELICA DE LARA CYPRESTE

14-Telefone

(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano

ANGELICA DE LARA CYPRESTE

16-Data de Nascimento

23/05/1979

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M

18-Número no CRO

111757

19-Uf

SP

20-Código CRO B

09

205 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

38293576804

22-Nome do Contratado Executante

VICTOR GONCALVES

23-Número no CRO

111757

24-Uf

SP

25-Código CNES

205 - Enviar - RX

(018000405)

26-Nome do Profissional Executante

VICTOR GONCALVES

27-Número no CRO

111757

28-Uf

SP

29-Código CEO B

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Código do Procedimento

30-2-Descrição

30-3-Dente/Região

30-4-Face

30-5-Cid

30-6-Quantidade US

30-7-Valor

30-8-Franquia/Co-participação R\$

30-9-Aut

30-10-Data de Realização

30-11-Motivo da Cota

30-12-Assinatura

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-Data de Realização

41-Motivo da Cota

42-Assinatura

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\$

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Odontia

4-Urgência/Emergência

1-Total

2-Parcial

7800

0000

0000

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

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

2-A*

528670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 20/01/2014	3-Data de Autorização 20/01/2014	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8503612	6-Custo Validade de Será 11/01/2014						
7-Número do Cartão Nacional de Saúde											
8-Número da Carteira 0102025363435000001011											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
11-Data Validade de Será 11/01/2014											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ARIANA MENEZES DE LIMA											
14-Telefone 27/07/1989											
15-Nome do Beneficiário do plano ARIANA MENEZES DE LIMA											
16-Endereço a R/N N											
17-Nome do Profissional Substituto ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M											
18-Número no CRO 111757											
19-UF SP											
20-Código CEO B 09											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804											
22-Nome do Contratado Empleado VICTOR GONCALVES											
23-Número no CRO 111757											
24-UF SP											
25-Código CEO B 09											
26-Nome do Profissional Empleado VICTOR GONCALVES											
27-Número no CRO 111757											
28-UF SP											
29-Código CEO B 09											
30-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-Assinatura
1	010810104015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				178100	0,00			20/01/2014	X Ariana
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
42-Data Previsto Término do Tratamento											
43-Data de Atendimento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Pagamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
49-Declaração											
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

2.4º

540671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/2011	4-Data de Autorização 08/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8547144	7-Data Validade da Guia 01/08/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025363371000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PEDRO HENRIQUE GONCALVES LOBATO		14-Telefone 30/01/1999	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA GONCALVES LOBATO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CEB 3 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES	27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CRO 3		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00346	32-Descrição DOC ORTODONTICA "B"	33-Dente/Região 1	34-Fase 34600	35-Qntd 000	36-Valor 08,05/21
37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Oflsa	41-Assinatura	
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 34600	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/2011 Pedro Henrique Lobato	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/05/2011		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40

564476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/10/2011	3-Data de Autorização 26/10/2011	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8631925	6-Data Validade da Guia 24/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538058400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HELIO BATISTA					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano JOESLAINE BATISTA					
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 15/05/1961					
17-Atendimento a RN N					
18-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M					
19-Número no CRO 111757					
20-Código CEO 3 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804					
22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES					
23-Número no CRO 111757					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-UF SP					
27-Código CEO 3					
28-UF SP					
29-Código CEO 3					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Fase	36-Quantidade US
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					7800
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Cláusula					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-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), 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.					
50-Declaro, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Declaro, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Declaro, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Declaro, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º

563742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 5/12/11	4-Data de Autorização 12/6/10 5/12/11	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8629509	7-Data Validade da Guia 12/3/10 8/12/11
8-Número da Carteira 010202510510506019728011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CLAUDIA PIFFER		14-Telefone 24/03/1969	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA PIFFER		
16-Alendando e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M		18-Número no CRO 111757	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804		22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES		23-Número no CRO 111757	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757		28-UF SP	29-Código CBO S
30-Tabela					
31-Código do Procedimento 1008100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 7800	35-Qnt 0100	36-Quantidade US S12612512
37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura	
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7800	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/10 5/12/11	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/6/10 5/12/11	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"

563412
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/01/2015	3-Data de Autorização 21/01/2015	4-Serão AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8628332	6-Data Validade da Serina 21/01/2015
7-Número da Cartão Nacional de Saúde 563412	8-Nome da Empresa POS REDE PRESTADORA	9-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 563412	12-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento ALESSANDRA GONCALVES LOBATO
13-Data de Emissão da Guia 21/01/2015	14-Data de Autorização 21/01/2015	15-Data Validade da Serina 21/01/2015	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento ALESSANDRA GONCALVES LOBATO	18-Data Validade da Serina 21/01/2015
19-Data Validade da Carteira 11/11/11	20-Data Validade da Serina 21/01/2015	21-Data Validade da Carteira 11/11/11	22-Data Validade da Serina 21/01/2015	23-Data Validade da Serina 21/01/2015	24-Data Validade da Serina 21/01/2015
25-Data Validade da Serina 21/01/2015	26-Data Validade da Serina 21/01/2015	27-Data Validade da Serina 21/01/2015	28-Data Validade da Serina 21/01/2015	29-Data Validade da Serina 21/01/2015	30-Data Validade da Serina 21/01/2015

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-001346		DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		21/01/2015		ALESSANDRA
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 346,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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-Obsecação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ALESSANDRA GONCALVES LOBATO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--------------	---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"

523267
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011	4-Caixa de Autorização 11/04/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482476	7-Cópia Validade da Sentença 11/03/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Plano de Saúde 010202153694720000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome MARTA SIMAO PAULINO												
14-Data de Conclusão do Tratamento 14/05/1961												
15-Nome do titular do plano MARTA SIMAO PAULINO												
16-Atendimento a RM N												
17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M												
18-Número no CRO 111757												
19-UF SP												
20-Código CBO E 09												
025 - Faturar Empresa												
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 38283576804												
22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES												
23-Número no CRO 111757												
24-UF SP												
25-Código CBO S 05												
025 - Enviar - RX (1) 81006405												
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES												
27-Número no CRO 111757												
28-UF SP												
29-Código CBO S 05												
Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/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
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			11/04/2011		Marta
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 Prescrição Termino do Tratamento 11/11/11												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 78,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assistido(s), 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 11/11/11												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2011 R. Marta Simão												
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/2011												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"

556750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 12/05/2011	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8606080	7-Data Validade da Serção 11/08/2011
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Centro Nacional de Saúde					
13-Nome JUANITA FERNANDA FRATTI					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do Autor do plano JUANITA FERNANDA FRATTI					
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 09/11/1987					
17-Atendimento a RN N					
18-Atividade do Profissional Solicitante ARADQC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M					
19-Número no CRO 111757					
20-Código CEO II 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31219315768104					
22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES					
23-Número no CRO 111757					
24-Código CNEB SP					
25-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES					
26-Código CEO II SP					
27-Número no CRO 111757					
28-Código CEO II SP					
29-Franchise/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa					
30-Tabela 1-1001346					
31-Código do Procedimento DOC ORTODONTICA "B"					
32-Descrição					
33-Dente/Região					
34-Face					
35-Qntd					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franchise/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Fluxo de Caixa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 346100					
47-Valor Total R\$ 10100					
48-Total Franchise / 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), foram realizados(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Consideração					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2011					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2011					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

555143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANP 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/15	4-Data de Autorização 18/10/15	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8600288	7-Data Válida de Serção 18/10/15
8-Número da Carteira 002025371360000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LAERCIO SANTANA	14-Telefone 23/01/1987	15-Nome do titular do plano EVELYN FERREIRA LEMOS			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	22-Nome do Contratado Excludente VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CBO S	Enviar - RX (1) 81030405
26-Nome do Profissional Excludente VICTOR GONCALVES	27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt
36-Quantidade US	37-valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação:					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"

556837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2015	4-Data de Autorização 20/10/2015	5-Beneficiário AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8606363	7-Data Validade da Guia 11/09/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020253786220000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/09/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE AMARO DA SILVA					
14-Data de Nascimento 02/10/2000					
15-Endereço do Beneficiário ALINE AMARO DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 318293576804	22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81030405
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES	27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CBO B		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt
1-010181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7800
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/09/2015	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 7800	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação:					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2015 Aline Amaro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2015		

Registro ANV 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 5 / 2 1		4-Data de Autorização 1 3 / 0 5 / 2 1		S-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8582559		7-Data Válida Início de Serviço 1 1 / 0 8 / 2 1		549976 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário R-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 5 3 8 9 0 0 0 0 1 0 1				B-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _ / _ _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ROSELI CAMPAGNE				30-Data de Nascimento 03/02/1971				14-Teléfono (_) (_) - _ _ - _ _		15-Nome do titular do plano ROSELI CAMPAGNE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Alimentação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M				18-Número no CRO 111757		19-UUF SP		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 8 2 9 3 5 7 6 8 0 4 _ _				22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES				23-Número no CRO 111757		24-UUF SP		25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES				27-Número no CRO 111757				28-UUF SP		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qntd.	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guista	42-Assinatura	
1-	0 0 3 4 6	DOC ORTODONTICA "B"			1	3 4 6 0 0	0 0 0 0	\$ 1 3 0 5 / 2 1				[Assinatura]	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento: _ _ _ / _ _ / _ _		44-Tipo de Atendimento _ _ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento _ _ 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US _ _ 3 4 6 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), 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 _ _ _ / _ _ [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ _ / _ _ [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 0 8 / 2 1 [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

547146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8572148	7-Data Validade da Guia 09/10/2011
8-Número da Carteira 0002025367017000000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/10/2011	
12-Nome SANDRA PERPETUA SOARES VICENTE		13-Data de Nascimento 03/04/1973		14-Telefone (11) 11111111	
15-Nome do titular do plano SANDRA PERPETUA SOARES VICENTE					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M					
18-Atendimento a RN N		19-UF SP		20-Código CBO B 09	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 38293576804		22-Nome da Contratada Executante VICTOR GONCALVES		23-Número no CRO 111757	
24-UF SP		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa		26-Enviar - RX (1) 81030405	
27-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		28-Número no CRO 111757		29-Código CBO B 09	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Descrição	32-Código do Procedimento	33-Data/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US
1-000181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				
2-000181000405					
3-000181000405					
4-000181000405					
5-000181000405					
6-000181000405					
7-000181000405					
8-000181000405					
9-000181000405					
10-000181000405					
11-000181000405					
12-000181000405					
13-000181000405					
14-000181000405					
15-000181000405					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2011					
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 17800					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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 11/10/2011					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011					
53-Data, local e Contribuição da Empresa 11/10/2011					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

561292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2015	4-Data de Autorização 12/04/2015	5-Beneficiário AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8620926	7-Data Válida de da Guia 12/04/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025105506011608011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA MARIA DE CARLOS COUTINHO					
14-Telefone 05/10/1966 (11) - - - - -					
15-Nome do Usuário do plano ANA MARIA DE CARLOS COUTINHO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M		18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 38293576804		22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-01081000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qntd
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78100
47-Valor Total R\$ 1241051121		48-Total Franquia / Co-participação R\$ /		49-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/04/2015 J. M. C.	
50-Data, local e Assinatura da Empresa / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/04/2015 J. M. C.	
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) / /		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) / /		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) / /	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

559729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/05	4-Data de Autorização 21/11/05	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8616191	7-Data Válida de da Serão 21/11/05											
8-Número da Carteira 000202537237700000010101						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome PAULA CAROLINA GOURSAND HENRIQUES						14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINA GOURSAND HENRIQUES									
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M			18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804						22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES			23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (f) 81030405				
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES						27-Número no CRO 111757			28-UF SP	29-Código CEO S						
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																
30-Tabela 1-000810000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura					
1-000810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA					78100	0,00			21/11/05						
2-000810000405																
3-000810000405																
4-000810000405																
5-000810000405																
6-000810000405																
7-000810000405																
8-000810000405																
9-000810000405																
10-000810000405																
11-000810000405																
12-000810000405																
13-000810000405																
14-000810000405																
15-000810000405																
43-Data Previsão 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 78100	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, a 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 21/11/05 Paula Goursand	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/05		



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8575500	7-Data Validade da Senha 10/10/2011	8-Data Validade da Senha 10/10/2011	548031 INTERCÂMBIO					
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 10102025279147000474011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira 11/10/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ORLANDO MIRANDA NEPOMUCENO JUNIOR		14-Telefone 29/12/1992	15-Nome do titular do plano ORLANDO MIRANDA NEPOMUCENO JUNIOR									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CMES	Enviar - RX (1) 81090405							
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CEO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela 1-010181000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fac	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1-010181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1	78100	0,00	0,00		11/10/2011		
2-010181000405												
3-010181000405												
4-010181000405												
5-010181000405												
6-010181000405												
7-010181000405												
8-010181000405												
9-010181000405												
10-010181000405												
11-010181000405												
12-010181000405												
13-010181000405												
14-010181000405												
15-010181000405												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2011												
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 78100												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2011												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2011												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

246



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2011	4-Data de Autorização 21/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8624184	7-Data Validade da Guia 21/08/2011	8-Data Validade da Carteira 21/08/2011	9-Número do Cartão Nacional de Saúde 562204 INTERCÂMBIO
10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira 21/08/2011		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 562204 INTERCÂMBIO	
14-Nome FABRIELI ELAINE FERNANDES ANDRADE		15-Data de Nascimento 06/07/1990		16-Telefone (11) 1111-1111		17-Nome do titular do plano FABRIELI ELAINE FERNANDES ANDRADE	
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M		20-Número no CRO 111757		21-UF SP	
22-Código de Operadora / CNPJ / CPF 38293576804		23-Nome do Contratado / Exatidão VICTOR GONCALVES		24-Número no CRO 111757		25-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757		28-UF SP		29-Código CBO S 09	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
31-Tabela 1-0101810004015	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 7	35-Quantidade UB 8	36-Valor 0,00	37-Franchise/Co-participação R\$ 0,00	38-Aut S
39-Data de Realização 21/05/2011	40-Motivo da Oclusão X	41-Assinatura X					
42-Data Previsto Término do Tratamento 21/05/2011		43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		45-Total Quantidade UB 7800	
46-Valor Total R\$ 0,00		47-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00		48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00			
49-Declaração 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.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/05/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/2011	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-47



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2011	4-Data de Autorização 25/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8624188	7-Data Validade da Senha 22/08/2011	8-Data Validade da Senha 22/08/2011
9-Identificação do Beneficiário						
10-Identificação da Carteira 0002025372617000000102		11-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		13-Data Validade da Carteira 11/11/11
14-Nome PATRICK HENRIQUE CANDIDO				15-Data de Nascimento 08/07/1996		16-Data de Nascimento 08/07/1996
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento						
18-Endereço a R/N N		19-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M		20-Número no CRO 111757		21-UF SP
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1382935768041		23-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES		24-Número no CRO 111757		25-UF SP
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757		28-UF SP		29-Código CBO S 09
30-Faturar Empresa Enviar - RX R) 81000405						
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
32-Descrição	33-Data/Região	34-Idade	35-Quantidade US	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut
1-00081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	7800	0,00	0,00	0,00
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
39-Data Prevista Término do Tratamento						
40-Tipo de Atendimento						
41-Tipo de Tratamento						
42-Tipo de Tratamento						
43-Tipo de Tratamento						
44-Tipo de Tratamento						
45-Tipo de Tratamento						
46-Tipo de Tratamento						
47-Tipo de Tratamento						
48-Tipo de Tratamento						
49-Tipo de Tratamento						
50-Tipo de Tratamento						
51-Tipo de Tratamento						
52-Tipo de Tratamento						
53-Tipo de Tratamento						
54-Tipo de Tratamento						
55-Tipo de Tratamento						
56-Tipo de Tratamento						
57-Tipo de Tratamento						
58-Tipo de Tratamento						
59-Tipo de Tratamento						
60-Tipo de Tratamento						
61-Tipo de Tratamento						
62-Tipo de Tratamento						
63-Tipo de Tratamento						
64-Tipo de Tratamento						
65-Tipo de Tratamento						
66-Tipo de Tratamento						
67-Tipo de Tratamento						
68-Tipo de Tratamento						
69-Tipo de Tratamento						
70-Tipo de Tratamento						
71-Tipo de Tratamento						
72-Tipo de Tratamento						
73-Tipo de Tratamento						
74-Tipo de Tratamento						
75-Tipo de Tratamento						
76-Tipo de Tratamento						
77-Tipo de Tratamento						
78-Tipo de Tratamento						
79-Tipo de Tratamento						
80-Tipo de Tratamento						
81-Tipo de Tratamento						
82-Tipo de Tratamento						
83-Tipo de Tratamento						
84-Tipo de Tratamento						
85-Tipo de Tratamento						
86-Tipo de Tratamento						
87-Tipo de Tratamento						
88-Tipo de Tratamento						
89-Tipo de Tratamento						
90-Tipo de Tratamento						
91-Tipo de Tratamento						
92-Tipo de Tratamento						
93-Tipo de Tratamento						
94-Tipo de Tratamento						
95-Tipo de Tratamento						
96-Tipo de Tratamento						
97-Tipo de Tratamento						
98-Tipo de Tratamento						
99-Tipo de Tratamento						
100-Tipo de Tratamento						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/03/05	4-Data de Autorização 21/03/05	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8620458	7-Data Validade da Guia 21/03/08	561137 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202537538900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CLAUDIA CAMPAGNE FLORENTINO		14-Telefone 23/07/1995	15-Endereço do plano ROSELI CAMPAGNE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Substituto ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	22-Nome do Contratado Exercente VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Exercente VICTOR GONCALVES		27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-010346	31-Código do Procedimento DOC ORTODONTICA "B"	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US
37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura		
1-010346	DOC ORTODONTICA "B"					
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 346100						
47-Valor Total R\$ 1000						
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 a 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 21/03/05						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/03/05						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º

564260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	2-Data de Emissão da Guia (21/05/11) 01/05/11 21/11	3-Data de Autorização (21/06/11) 01/05/11 21/11	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8631264	6-Data Validade da Guia (21/03/11) 01/08/11 21/11
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 0102020253753890000010104	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome FABIO HENRIQUE DA SILVA		13-Data de Nascimento 21/01/1986	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ROSELI CAMPAGNE	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Atividade do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	18-Número no CRO 111757	19-UF SP	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (381293576804) /	22-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	23-Número no CRO 111757	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 61000405
26-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES	27-Número no CRO 111757	28-UF SP	29-Código CEO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-01018110104015	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Fase	35-Qtd
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão
1-01018110104015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				
2-01018110104015					
3-01018110104015					
4-01018110104015					
5-01018110104015					
6-01018110104015					
7-01018110104015					
8-01018110104015					
9-01018110104015					
10-01018110104015					
11-01018110104015					
12-01018110104015					
13-01018110104015					
14-01018110104015					
15-01018110104015					
42-Data Prevista Término do Tratamento / /					
43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
45-Total Quantidade US 78100					
46-Valor Total R\$ 0100					
47-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.					
48-Observação					
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável / /					
52-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2011	4-Data de Autorização 21/05/2011	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8636329	7-Data Validade da Serção 21/05/2011	8-Data Validade da Serção 21/05/2011
Dados do Beneficiário						
9-Número da Carteira 0102025105506019358011	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Nome LAIANE CRISTINA LIBONI DA SILVA		15-Data de Nascimento 25/10/1983	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano LAIANE CRISTINA LIBONI DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante ARADOC - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA S/S LTDA - M	20-Número no CRO 111757	21-UF SP	22-Código CBO S 09	23-Data de Nascimento 025 -	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38293576804	25-Nome do Contratado Executante VICTOR GONCALVES	26-Número no CRO 111757	27-UF SP	28-Código CNES	29-Data de Nascimento Enviar - RX (1) 81000405	
30-Nome do Profissional Executante VICTOR GONCALVES						
31-Data de Nascimento 11/11/1983						
32-Data de Nascimento 11/11/1983						
33-Data de Nascimento 11/11/1983						
34-Data de Nascimento 11/11/1983						
35-Data de Nascimento 11/11/1983						
36-Data de Nascimento 11/11/1983						
37-Data de Nascimento 11/11/1983						
38-Data de Nascimento 11/11/1983						
39-Data de Nascimento 11/11/1983						
40-Data de Nascimento 11/11/1983						
41-Data de Nascimento 11/11/1983						
42-Data de Nascimento 11/11/1983						
43-Data de Nascimento 11/11/1983						
44-Data de Nascimento 11/11/1983						
45-Data de Nascimento 11/11/1983						
46-Data de Nascimento 11/11/1983						
47-Data de Nascimento 11/11/1983						
48-Data de Nascimento 11/11/1983						
49-Data de Nascimento 11/11/1983						
50-Data de Nascimento 11/11/1983						
51-Data de Nascimento 11/11/1983						
52-Data de Nascimento 11/11/1983						
53-Data de Nascimento 11/11/1983						
54-Data de Nascimento 11/11/1983						
55-Data de Nascimento 11/11/1983						
56-Data de Nascimento 11/11/1983						
57-Data de Nascimento 11/11/1983						
58-Data de Nascimento 11/11/1983						
59-Data de Nascimento 11/11/1983						
60-Data de Nascimento 11/11/1983						
61-Data de Nascimento 11/11/1983						
62-Data de Nascimento 11/11/1983						
63-Data de Nascimento 11/11/1983						
64-Data de Nascimento 11/11/1983						
65-Data de Nascimento 11/11/1983						
66-Data de Nascimento 11/11/1983						
67-Data de Nascimento 11/11/1983						
68-Data de Nascimento 11/11/1983						
69-Data de Nascimento 11/11/1983						
70-Data de Nascimento 11/11/1983						
71-Data de Nascimento 11/11/1983						
72-Data de Nascimento 11/11/1983						
73-Data de Nascimento 11/11/1983						
74-Data de Nascimento 11/11/1983						
75-Data de Nascimento 11/11/1983						
76-Data de Nascimento 11/11/1983						
77-Data de Nascimento 11/11/1983						
78-Data de Nascimento 11/11/1983						
79-Data de Nascimento 11/11/1983						
80-Data de Nascimento 11/11/1983						
81-Data de Nascimento 11/11/1983						
82-Data de Nascimento 11/11/1983						
83-Data de Nascimento 11/11/1983						
84-Data de Nascimento 11/11/1983						
85-Data de Nascimento 11/11/1983						
86-Data de Nascimento 11/11/1983						
87-Data de Nascimento 11/11/1983						
88-Data de Nascimento 11/11/1983						
89-Data de Nascimento 11/11/1983						
90-Data de Nascimento 11/11/1983						
91-Data de Nascimento 11/11/1983						
92-Data de Nascimento 11/11/1983						
93-Data de Nascimento 11/11/1983						
94-Data de Nascimento 11/11/1983						
95-Data de Nascimento 11/11/1983						
96-Data de Nascimento 11/11/1983						
97-Data de Nascimento 11/11/1983						
98-Data de Nascimento 11/11/1983						
99-Data de Nascimento 11/11/1983						
100-Data de Nascimento 11/11/1983						