



375336  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2019 | 4-Data de Autorização<br>21/10/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7870928 | 7-Data Validade da Senha<br>14/12/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                               |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531795500000105 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>DIEGO WESLEY VIANA DIAS           |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA DAS DORES VIANA FERREIRA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                      |                                                                       |                           |             |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 18-Número no CRO<br>10035 | 19-UF<br>CE | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05628727369                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE    | 23-Número no CRO<br>10035 | 24-UF<br>CE | 25-Código CHES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE |                                                                       | 27-Número no CRO<br>10035 | 28-UF<br>CE | 29-Código CBO S                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

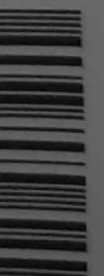
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 21/03/2020            |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>21/03/2020 Dra. NAYRA E. C. Nobre<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO: 10035 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>21/03/2020 Dra. NAYRA E. C. Nobre<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO: 10035 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>21/03/2020 Diego<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



1-Registro ANS  
408414

3-Dia de Emissão da Guia  
11/05/19

4-Dia de Autenticação  
12/11/19

5-Serviço  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7870950

7-Dias Vencidos da Guia  
11/11/12

375342  
INTERCÂMBIO

8-Data de Beneficiário

6-Número da Carteira  
01012025311795500000101014

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dias Vencidos da Carteira  
11/11/11

12-Número da Carteira Intercedente  
29/01/19

13-Nome  
SAMUEL WESLEY VIANA DIAS

27/01/2016

15-Nome do titular do plano  
MARIA DAS DORES VIANA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO  
10035

19-UF  
CE

20-Código CBO 3

025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Ordem de Serviço / CDE / CPE  
05628727369

22-Número no CRO  
10035

23-UF  
CE

24-Código CBO 3

25-Nome do Profissional Executante  
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

26-UF  
CE

27-Código CBO 3

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tela           | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Auf | 40-Dia de Realização | 41-Moeda da Guia | 42-Quantidade |
|-------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|------------------|---------------|
| 1-010181010101651 |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       |        | 34,00            |          |                                 |        | 21/02/2020           | Realizado        |               |
| 2-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 3-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 4-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 5-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 6-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 7-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 8-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 9-                |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 10-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 11-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 12-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 13-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 14-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 15-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |
| 16-               |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                  |               |

43-Dia Previsto Término do Tratamento  
44-Tipo de Atendimento  
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US  
34,00

47-Valor Total R\$  
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrários. 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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

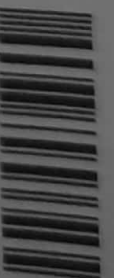
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

Dra. NAYRA E. C. NOBRE  
Cirurgiã - Dentista  
CRO: 10035

Dra. NAYRA E. C. NOBRE  
Cirurgiã - Dentista  
CRO: 10035

Maria das Dores Viana Ferreira  
Beneficiária



375908  
INTERCÂMBIO

|                          |                                            |                                        |                          |                                         |                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 2-Dia de Emissão da Guia<br>11/05/19 12:10 | 3-Dia de Autorização<br>12/11/19 12:10 | 4-Sentença<br>AUTORIZADO | 5-Registro da Guia Principal<br>7873438 | 6-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                      |                                          |                                      |                                                    |                                                  |                                                  |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 7-Número da Carteira<br>1010210253117955000001001031 | 8-Tipo de Serviço<br>POS REDE PRESTADORA | 9-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 10-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 12-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                       |                                     |                                                |                                                    |                                                  |                                                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CLESSIVANDA VENANCIO COSMO | 14-Data de Nascimento<br>10/02/1993 | 15-Endereço<br>MARIAS DAS DORES VIANA FERREIRA | 16-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 17-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 18-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 19-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 20-Número do CRO<br>10035 | 21-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 22-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 23-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 24-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                             |                                                         |                           |                          |                                                    |                                                  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 25-Código de Operadora (COP) / CEF<br>101561218712713619111 | 26-Nome do Contratado<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 27-Número no CRO<br>10035 | 28-Código CRO S<br>025 - | 29-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 30-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 31-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 32-Número no CRO<br>10035 | 33-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 34-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 35-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 36-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 37-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 38-Número no CRO<br>10035 | 39-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 40-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 41-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 42-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 44-Número no CRO<br>10035 | 45-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 46-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 47-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 48-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 49-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 50-Número no CRO<br>10035 | 51-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 52-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 53-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 54-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 55-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 56-Número no CRO<br>10035 | 57-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 58-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 59-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 60-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 61-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 62-Número no CRO<br>10035 | 63-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 64-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 65-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 66-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 67-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 68-Número no CRO<br>10035 | 69-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 70-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 71-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 72-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 73-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 74-Número no CRO<br>10035 | 75-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 76-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 77-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 78-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 79-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 80-Número no CRO<br>10035 | 81-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 82-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 83-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 84-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 85-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 86-Número no CRO<br>10035 | 87-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 88-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 89-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 90-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                  |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 91-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 92-Número no CRO<br>10035 | 93-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 94-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 95-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 96-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                        |                           |                                                    |                                                   |                                                   |                                                   |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 97-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 98-Número no CRO<br>10035 | 99-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 100-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 101-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 102-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                                         |                            |                                                     |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 103-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 104-Número no CRO<br>10035 | 105-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 106-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 107-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 108-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

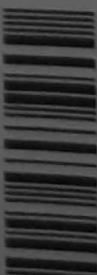
|                                                         |                            |                                                     |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 109-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 110-Número no CRO<br>10035 | 111-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 112-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 113-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 114-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                                         |                            |                                                     |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 115-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 116-Número no CRO<br>10035 | 117-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 118-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 119-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 120-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                                         |                            |                                                     |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 121-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 122-Número no CRO<br>10035 | 123-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 124-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 125-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 126-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                                         |                            |                                                     |                                                   |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 127-Nome do Prestador<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 128-Número no CRO<br>10035 | 129-Endereço do Prestador<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 130-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 131-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 | 132-Dia Útil de Emissão da Guia<br>11/04/12 12:10 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|





375341  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>408414 | 2-Data de Emissão da Guia<br>11/01/2019 | 3-Data de Autorização<br>12/11/2019 | 4-Data de Autorização<br>10/02/1993 | 5-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 6-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 7-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 8-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 9-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 10-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 11-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 12-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 13-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 14-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 15-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 16-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 17-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 18-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 19-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 20-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 21-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 22-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 23-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 24-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 25-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 26-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 27-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 28-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 29-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 30-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 31-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 32-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 33-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 34-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 35-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 36-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 37-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 38-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 39-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 40-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 41-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 42-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 43-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 44-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 45-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 46-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 47-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 48-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 49-Data de Autorização<br>11/01/2019 | 50-Data de Autorização<br>11/01/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                         |              |                       |         |        |                  |        |                                 |        |                       |                      |               |                       |                        |                        |                       |                    |                                        |
|-------------------------|--------------|-----------------------|---------|--------|------------------|--------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------------------------|
| 31-Data de Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região       | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Vol | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Matéria de Origem | 42-Quantidade | 43-Data de Realização | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Toda Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Toda Franquia / Co-participação R\$ |
| 1-10                    | 811010101615 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |         | 1      | 34               | 10     | 0                               | 0      | 0                     | 0                    | 0             | 0                     | 1                      | 1                      | 34                    | 10                 | 0                                      |
| 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-D-Prévia, Zíngulo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Corodoma 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Toda 2-Parcial 46-Toda Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Toda Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, é(s) 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

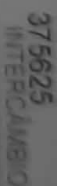
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Maria E. C. Nobre  
CRO: 10035

Dra. Maria E. C. Nobre  
CRO: 10035

Dra. Maria E. C. Nobre  
CRO: 10035

Dra. Maria E. C. Nobre  
CRO: 10035



5.

o, comprometendo-n

5.

1500

-Clay, Acal e Assistência de Cirurgião-Dentista

As a result of the above, the following is proposed:

2000

—

—



|                          |                                               |                                            |                         |                                       |                                         |                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| 1-Registro ANS<br>408414 | 2-Cidade de Emissão da Guia<br>15/10/19/12/10 | 3-Data de Autorização<br>12/11/10/19/12/10 | 4-Serviço<br>AUTORIZADO | 5-Número da Guia Principal<br>7872314 | 6-Código de Verificação<br>114112/12/10 | 7-Valor da Guia<br>375629 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|

|                                                        |                               |                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>101021025311161171010101011011 | 9-Tipo<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Endereço<br>RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|

|                                            |                                                       |                                                       |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 12-Nome<br>RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS | 13-Data de Emissão<br>02/08/1982                      | 14-Endereço<br>RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS        |
| 15-Atendimento a RV<br>N                   | 16-Atendimento a RV<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 17-Atendimento a RV<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE |
| 18-Atendimento a RV<br>N                   | 19-Atendimento a RV<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE | 20-Atendimento a RV<br>NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE |

| 30-Total           | 31-Código de Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista | 34-Preço | 35-CID | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Autorização |
|--------------------|---------------------------|--------------|-------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|----------------|
| 1-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 17           | O           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 2-010185110012010  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 16           | OV          | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 3-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 14           | D           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 4-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 5-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 6-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 7-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 8-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 9-010185110011916  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 10-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 11-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 12-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 13-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 14-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |
| 15-010185110011916 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 11           | M           | 1        | 1      | 161,1010         | 161,10   | 10035                           | 10035  | 025                   | Faturar Empresa   | Enviar - RX    |

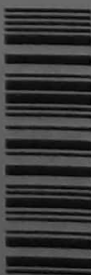
|                               |                                                                                                              |                                             |                                     |                              |                                                   |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| 43-Data Prescrição 24/10/2019 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1271,1010 | 47-Valor Total R\$<br>101010 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>101010 |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|

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

Imagens analisadas

|                                                                                                 |                                                                                     |                                                                              |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>Dra. Nayra Nobre<br>CRO - 10035 | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>Dra. Nayra Nobre<br>CRO - 10035 | 52-Data local e Assinatura do Responsável<br>Dra. Nayra Nobre<br>CRO - 10035 | 53-Data local e Carimbo da Empresa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|



1-Registro ANS 4068414 2-Dia de Emissão do Guia 11/05/19 3-Dia de Análise 12/11/19 4-Sentia AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 7872273 7-Dia Validade da Sentia 11/14/11 12/12/10 375614 INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 10/01/2012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Numero da Carteira Nacional de Saúde 13-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 02/06/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do plano 16-Nome do Profissional Solicitante 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Numero no CRO 19-UF 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Excludente 23-Numero no CRO 24-UF 25-Código CHES 26-Numero do Profissional Excludente 27-Numero no CRO 28-UF 29-Código CBO S 30-Data, local e Caminho da Empresa

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

| 30-Tabela        | 31-Código de 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 Guia | 42-Assinatura |
|------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 2-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASD         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 3-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAID         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 4-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 5-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 6-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 7-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 8-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 9-0101853010471  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 10-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 11-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 12-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 13-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 14-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |
| 15-0101853010471 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1361010 | 101010           | 101010   | 101010                          | 101010 | 101010                | 101010            | 101010        |

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

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

---

Realização 41- Motivo da Causa 42- Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

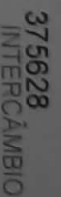
45- Total Franquia / Co-participação R\$

contratado que assina esse documento, os valores

[illegible]

1000

4



Digitalizado com CamScanner